

EUROPEAN JOURNAL OF OSTEOPATHY

& Related Clinical Research

Mayo - Agosto
Volumen 20 - Número 2
Revista en Línea Cuatrimestral
Revisión por Pares

2025

EDITORIAL

› Interrelaciones.

ARTÍCULOS

- › Eficacia del tratamiento osteopático en el dolor lumbar crónico inespecífico.
- › Efectividad del tratamiento osteopático en el síndrome de intestino irritable.
- › Efectos del tratamiento osteopático en las disfunciones temporomandibulares.
- › Efectividad del tratamiento osteopático en la migraña.



SUMARIO

Quiénes somos	49
Equipo editorial	50
[Editorial] Interrelaciones	51
Ángel Oliva Pascual-Vaca (PT, DO, PhD), François Ricard (DO, PhD), Ginés Almazán Campos (PT, DO, PhD).	
[Revisión sistemática] Eficacia del tratamiento osteopático en el dolor lumbar crónico inespecífico	52
Esteban Casado Fernández (PT, DO)	
[Revisión sistemática] Efectividad del tratamiento osteopático en el síndrome de intestino irritable.	61
Ignacio Villar (PT, DO)	
[Revisión sistemática] Efectos del tratamiento osteopático en las disfunciones temporomandibulares.	72
Francisco José Lobato González (PT, DO).	
[Revisión sistemática] Efectividad del tratamiento osteopático en la migraña.	84
Noelia Díaz Rodríguez (PT, DO), Nicola Malusa (PT, DO), Jorge Vidal Suárez (PT, DO).	

QUIÉNES SOMOS

European Journal Osteopathy & Related Clinical Research (Eur J Ost Rel ClinRes), es una publicación multidisciplinar, con revisión por pares, electrónica y periódica, dedicada a la información técnica y científica sobre Osteopatía y Ciencias Clínicas, relacionadas con la Salud. Esta revista publica trabajos de investigación originales, informes técnicos, casos y notas clínicas, trabajos de revisión, comentarios críticos y editoriales, así como bibliografía especializada. Usted podrá acceder a ella en la dirección web www.europeanjournalosteopathy.com. Este sitio web está disponible en veinte idiomas diferentes para facilitar la difusión internacional. Esta revista tiene una periodicidad cuatrimestral, integrada por tres números anuales y se publica en acceso libre a todos sus contenidos, gratuito e inmediato (texto completo), en los idiomas español e inglés. European Journal Osteopathy & Clinical Related Research proviene de la revista anteriormente denominada Osteopatía Científica, la cual se encuentra indexada en SCImago-SCOPUS, SciVerse-Scienedirect, BVS (Biblioteca Virtual en Salud), Elsevier Journals y Latindex. Índice SJR (SCImago Journal & Country Rank) 2010: 0,025. Esta revista se encuentra patrocinada por entidades profesionales y científicas. Los lectores, autores, revisores y bibliotecarios no tendrán que realizar abonos por acceder a sus contenidos (acceso abierto) y es el medio oficial de difusión de las siguientes instituciones: Scientific European Federation of Osteopaths – SEFO (Federación Europea Científica de Osteopatía) y Madrid International Osteopathy School (Escuela Internacional de Osteopatía de Madrid – EOM). LOPD: De acuerdo con lo contemplado en la Ley 15/1999, de 13 de Diciembre, le informamos que sus datos personales forman parte de un fichero automatizado de la Escuela de Osteopatía de Madrid. Ud. Tiene la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la legislación vigente, dirigiendo su solicitud por escrito a: Escuela de Osteopatía de Madrid, C/ Saturnino Calleja, 1 28002 de Madrid (España).

[VOLVER A SUMARIO](#)

EQUIPO EDITORIAL

Citado como: Apellido, Nombre (nombre abreviado) - Título - Institución - País.

CONSEJO DE DIRECCIÓN EDITORIAL

Ricard, François (Ricard F) – PhD, DO – Scientific European Federation of Osteopaths. Paris. France.

Almazán, Ginés (Almazán G) – PhD – Escuela de Osteopatía de Madrid. Madrid. Spain.

Oliva Pascual-Vaca, Ángel (Oliva Pascual-Vaca A) – PhD, DO – University of Seville. Spain.

CONSEJO ASESOR CIENTÍFICO

Patterson, Michael M (Patterson MM) – PhD, DO(HON) – Nova Southeastern University. Ft. Lauderdale. USA.

King, Hollis H (King HH) – PhD, DO – UW DFM Osteopathic Residency Program – Madison. USA.

Hruby, Raymond J (Hruby RJ) – DO, MS, FAAO – Scientific Editor American Academy of Osteopathy. Indiana. USA.

Sánchez Alcázar, José A (Sánchez-Alcázar JA) – PhD, MD – University Pablo Olavide. Spain.

Moreno Fernández, Ana María (Moreno-Fernández AM) – PhD, MD – University of Seville. Spain.

Escarabajal Arrieta, María Dolores (Escarabajal MD) – PhD – University of Jaén. Spain.

Ordoñez Muñoz, Francisco Javier (Ordoñez FJ) – PhD, MD – University of Cádiz. Spain.

Rosety Rodríguez, Manuel (Rosety-Rodríguez M) – PhD, MD – University of Cádiz. Spain.

Torres Lagares, Daniel (Torres-Lagares D) – PhD, DDS – University of Seville. Spain.

Munuera Martínez, Pedro Vicente (Munuera PV) – PhD, DPM – University of Seville. Spain.

Medina-Mirapeix, Frances (Medina-Mirapeix F) – PT, PhD – University of Murcia. Spain.

Carrasco Páez, Luis (Carrasco L) – PhD – University of Seville. Spain.

Rosety Rodríguez, Ignacio (Rosety I) – MD, PhD – University of Cádiz. Spain.

Domínguez Maldonado, Gabriel (Domínguez G) – PhD, DPM – University of Seville. Spain.

Riquelme Agulló, Inmaculada (Riquelme I) – PT, PhD – University of Illes Balears. Spain.

Gutiérrez Domínguez, María Teresa (Gutiérrez MT) – PhD – University of Seville. Spain.

Fernández Domínguez, Juan Carlos (Fernandez-Dominguez JC) – PT, PhD – University of Illes Balears. Spain.

Heredia Rizo, Alberto Marcos (Heredia-Rizo AM) – PT, PhD – University of Seville. Spain.

CONSEJO DE REDACCIÓN Y REVISIÓN

González Iglesias, Javier (González-Iglesias J) – PhD, DO – Madrid International Osteopathy School. Madrid. Spain.

Palomeque del Cerro, Luis (Palomeque-del-Cerro L) – PhD, DO – University of Rey Juan Carlos. Spain.

Sañudo Corrales, Francisco de Borja (Sañudo B) – PhD – University of Seville. Spain.

Méndez Sánchez, Roberto (Méndez-Sánchez R) – PT, DO – University of Salamanca. Spain.

De Hoyo Lora, Moisés (De Hoyo M) – PT, PhD – University of Seville. Spain.

García García, Andrés (García-García A) – PhD – University of Seville. Spain.

Renan Ordine, Romulo (Renan-Ordine R) – PhD, DO – Madrid International Osteopathy School. Sao Paulo. Brasil.

Lomas Vega, Rafael (Lomas-Vega R) – PhD, PT – University of Jaén. Spain.

Molina Ortega, Francisco Javier (Molina F) – PT, PhD – University of Jaen. Spain.

Boscá Gandía, Juan José (Boscá-Gandía JJ) – PT, DO – Escuela de Osteopatía de Madrid. Madrid. Spain.

Franco Sierra, María Ángeles (Franco MA) – PhD, DO – University of Zaragoza. Spain.

Torres Gordillo, Juan Jesús (Torres JJ) – PhD – University of Seville. Spain.

Sandler, Steve (Sandler S) – PhD, DO – British School of Osteopathy. London. UK.

Lerida Ortega, Miguel Ángel (Ortega MA) – PT, PhD, DO – University of Jaen. Spain.

Cortés Vega, María Dolores (Cortés MD) – PT, PhD – University of Seville. Spain.

Mansilla Ferragut, Pilar (Mansilla-Ferragut P) – PT, DO – Escuela de Osteopatía de Madrid. Madrid. Spain.

Fernández Seguí, Lourdes María (Fernández LM) – PT, PhD – University of Seville. Spain.

Vaquero Garrido, Aitor (Vaquero-Garrido A) – PT – Escuela de Osteopatía de Madrid. Madrid. Spain.

Oliva Pascual-Vaca, Jesús (Oliva-Pascual-Vaca J) – PhD, DO – Escuela Universitaria Francisco Maldonado. Osuna. Spain

Hernández Xumet, Juan Elicio (Hernández-Xumet JE) – PT, DO, PhD – University of La Laguna. Spain.

Rodríguez López, Elena Sonsoles (Rodriguez-Lopez ES) – PT, DO, PhD – University Camilo José Cela. Spain.

Saavedra Hernández, Manuel (Saavedra-Hernandez M) – PT, DO, PhD – University of Almería. Spain.

Puente González, Ana Silvia (Puente-González AS) – PT, PhD – University of Salamanca. Spain.

[EDITORIAL]

INTERRELACIONES

Ángel Oliva Pascual-Vaca (PT, DO, PhD)¹; François Ricard (DO, PhD)¹; Ginés Almazán Campos (PT, DO, PhD)¹.

Les damos la bienvenida al último número de nuestra revista, donde podrán considerar la lectura de cuatro trabajos de interés para la práctica clínica habitual en Osteopatía. Concretamente, se aborda la efectividad del tratamiento osteopático en trastornos extremadamente prevalentes como el dolor lumbar crónico, y otros que, aun no siendo tan comunes, sí son habituales motivos de consulta. Nos referimos a los trastornos temporomandibulares y las migrañas. Por último, ya en el ámbito de la Osteopatía visceral, queremos desta-

car un trabajo sobre el tratamiento osteopático en los problemas intestinales. Específicamente, en el colon irritable. Así, nos encontramos con 4 temáticas que, a pesar de constituir problemáticas independientes, no es infrecuente que se traten de comorbilidades presentes en pacientes en los que el motivo de consulta inicial es sólo uno de ellos. La pregunta que nos hacemos habitualmente es si se tratan de meras comorbilidades o existe un vínculo fisiopatológico, y quizás causal, entre ellas.

VOLVER A SUMARIO

Autor de correspondencia: angeloliva@us.es
(Ángel Oliva Pascual-Vaca)
ISSN on line: 2173-9242
© 2025 – Eur J Ost Rel Clin Res - All rights reserved
www.europeanjournalosteopathy.com
info@europeanjournalosteopathy.com

¹ Editor European Journal Osteopathy & Related Clinical Research

[REVISIÓN SISTEMÁTICA]

EFICACIA DEL TRATAMIENTO OSTEOPÁTICO EN EL DOLOR LUMBAR CRÓNICO INESPECÍFICO

Esteban Casado Fernández (PT, DO)¹.

Recibido el 12 de octubre de 2024; aceptado el 26 de noviembre de 2024.

Introducción: El dolor lumbar crónico se define como el dolor localizado entre el margen costal y los glúteos que persiste por más de tres meses, afectando tanto la capacidad física como el bienestar psicológico de los pacientes. El dolor lumbar es una condición común que afecta a muchas personas en algún momento de sus vidas. Se estima que entre el 5% y el 10% de los casos evolucionan a dolor lumbar crónico, lo que genera altos costos de tratamiento, ausentismo laboral y sufrimiento individual.

Objetivos: Esta revisión pretende sintetizar los efectos del tratamiento osteopático en sujetos con dolor lumbar crónico inespecífico.

Material y métodos: La búsqueda de estudios fue realizada durante el mes de julio y agosto de 2024 en las bases

de datos de Pubmed, Cochrane y Scopus. Los términos que se utilizaron fueron *osteopathy/osteopathic, osteopathic manipulative technique, OMT, Spinal Manipulative Therapy, SMT, clinical trial, back pain, non-specific low back pain* y *chronic low back pain*. Se seleccionaron ensayos clínicos aleatorizados desde enero de 2013 y con una puntuación en la escala PEDro mayor a 6.

Resultados: Fueron analizados 11 ensayos clínicos aleatorizados en los que se evidenció una disminución significativa del dolor. Además, otro tipo de terapias complementarias en conjunto con la osteopatía obtuvieron buenos resultados.

Conclusiones: el tratamiento osteopático es útil para disminuir el dolor en sujetos con dolor lumbar crónico inespecífico.

PALABRAS CLAVE

- › Dolor lumbar crónico inespecífico
- › Tratamiento osteopático manipulativo
- › Medicina osteopática
- › Manipulación osteopática

VOLVER A SUMARIO

Autor de correspondencia: esteban94@gmail.com
(Esteban Casado Fernández)
ISSN on line: 2173-9242
© 2025 – Eur J Ost Rel Clin Res - All rights reserved
www.europeanjournalosteopathy.com
info@europeanjournalosteopathy.com

¹ Cabinet de kinésithérapie 34 Rue Pierre Benech, Toulouse, Francia.

INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar crónico se define como el dolor localizado entre el margen costal y los glúteos que persiste por más de tres meses, afectando tanto la capacidad física como el bienestar psicológico de los pacientes^{1,2}.

El dolor lumbar puede clasificarse en lumbosacro axial, radicular y referido. El dolor lumbosacro axial se localiza en la región lumbar (L1-5) y la columna sacra (S1 hasta la unión sacrococcígea). El dolor radicular se irradia a una extremidad siguiendo una distribución dermatómica, debido a la irritación del nervio o del ganglio de la raíz dorsal. El dolor referido se propaga a una región distante de su origen, pero a lo largo de una trayectoria no dermatómica^{3,4}.

El dolor lumbar se clasifica como crónico si su duración es de más de 12 semanas (3 meses)⁵. Se trata de una condición común que afecta a muchas personas en algún momento de sus vidas. Se estima que entre el 5% y el 10% de los casos evolucionan a dolor lumbar crónico, lo que genera altos costos de tratamiento, absentismo laboral y sufrimiento individual. Además, es una de las principales razones por las que las personas buscan servicios de salud^{6,7}.

A nivel fisiopatológico, el 85% de los diagnósticos de dolor lumbar son inespecíficos. Aunque la fisiopatología exacta no se comprende completamente, se reconoce la influencia de factores mecánicos, biopsicosociales y de la sensibilización central^{3,8,9}. Las guías actuales recomiendan el uso de antiinflamatorios no esteroideos, ejercicio terapéutico o intervenciones psicosociales para el manejo del dolor lumbar. Si no se observa mejoría, se sugiere la derivación a un especialista ante la sospecha de una patología subyacente^{9,10}.

Las intervenciones quirúrgicas para el dolor lumbar crónico incluyen procedimientos de fusión (fusión intersomática lumbar anterior y posterior, fusión instrumentada posterolateral) y sin fusión (descompresión, estabilización dinámica, reemplazo total de disco)¹¹. Existe controversia en la literatura, ya que algunos autores reportan resultados prometedores, mientras que otros no observan beneficios significativos¹².

En los últimos años, se han publicado ensayos clínicos aleatorizados y estudios que investigan la eficacia de la osteopatía en el tratamiento del dolor lumbar crónico e inespecífico¹³⁻²⁵. Estos estudios coinciden en señalar

la escasa evidencia científica disponible y la necesidad de realizar más investigaciones para confirmar estos resultados^{13,14}.

Por consiguiente, esta revisión sistemática se propone evaluar la eficacia de las intervenciones de terapia manual osteopática en estudios publicados desde enero de 2013 que abordan el tratamiento del dolor crónico inespecífico, así como analizar la calidad de los estudios al respecto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se realizó una revisión sistemática, siguiendo la declaración PRISMA 2009 (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*).

Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica fue llevada a cabo en 3 bases de datos, (Pubmed, Cochrane y Scopus). Las palabras de búsqueda que se establecieron fueron *osteopathy/osteopathic, osteopathic manipulative technique, OMT, Spinal Manipulative Therapy, SMT, clinical trial, back pain, non-specific low back pain, chronic low back pain, osteopathic medicine, osteopathic treatment, osteopath*, musculoskeletal manipulation, spinal manipulation, manipulative therapy, manual therapy y osteopathic manipulation*. Las palabras de búsqueda en Cochrane Plus fueron dolor lumbar y osteopatía. Los descriptores fueron utilizados con los operadores "AND" y "OR".

Criterios de selección del estudio: inclusión y exclusión

Se incluyeron ensayos clínicos aleatorios (ECAs) sobre la eficacia del tratamiento osteopático en el dolor lumbar crónico no específico desde enero de 2013, con una puntuación de la escala PEDro mayor a 6, en los cuales la muestra fuera de al menos de 30 sujetos, y estuvieran publicados en inglés o en español.

Se excluyeron aquellos estudios en los que se aplicaran otros tratamientos que pudieran influir en el tratamiento osteopático a evaluar, estudios que no presentaran datos empíricos originales, y estudios realizados en sujetos con más de 70 años o menores de 18 años.

Extracción de datos

Una vez seleccionados los estudios, se extrajo de ellos la información relativa a los autores, año de publicación, los resultados de la escala PEDro, la muestra estudiada, los tratamientos aplicados, las medidas realizadas, los resultados y las conclusiones

RESULTADOS

La búsqueda inicial arrojó un total de 1.121 artículos. A continuación, éstos fueron sometidos a un filtrado mediante la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, quedando así 11 artículos en los cuales se uti-

lizaba el tratamiento osteopático para la reducción del dolor en pacientes con dolor lumbar crónico no específico. La figura 1

La tabla 1 sintetiza los 11 estudios revisados. En ellos se utilizaron manipulaciones vertebrales, movilizaciones vertebrales y técnicas de distracción, entre otras. Fueron confrontadas con diferentes grupos de control donde se simulaban tratamientos osteopáticos, se utilizaba un láser simulado o se utilizaban ejercicios. Las evaluaciones más utilizadas fueron el Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ), la escala visual analógica (VAS) y el Índice de Discapacidad de Oswestry (ODI). Todos los estudios obtuvieron un resultado en la escala PEDro mayor a 7 puntos.

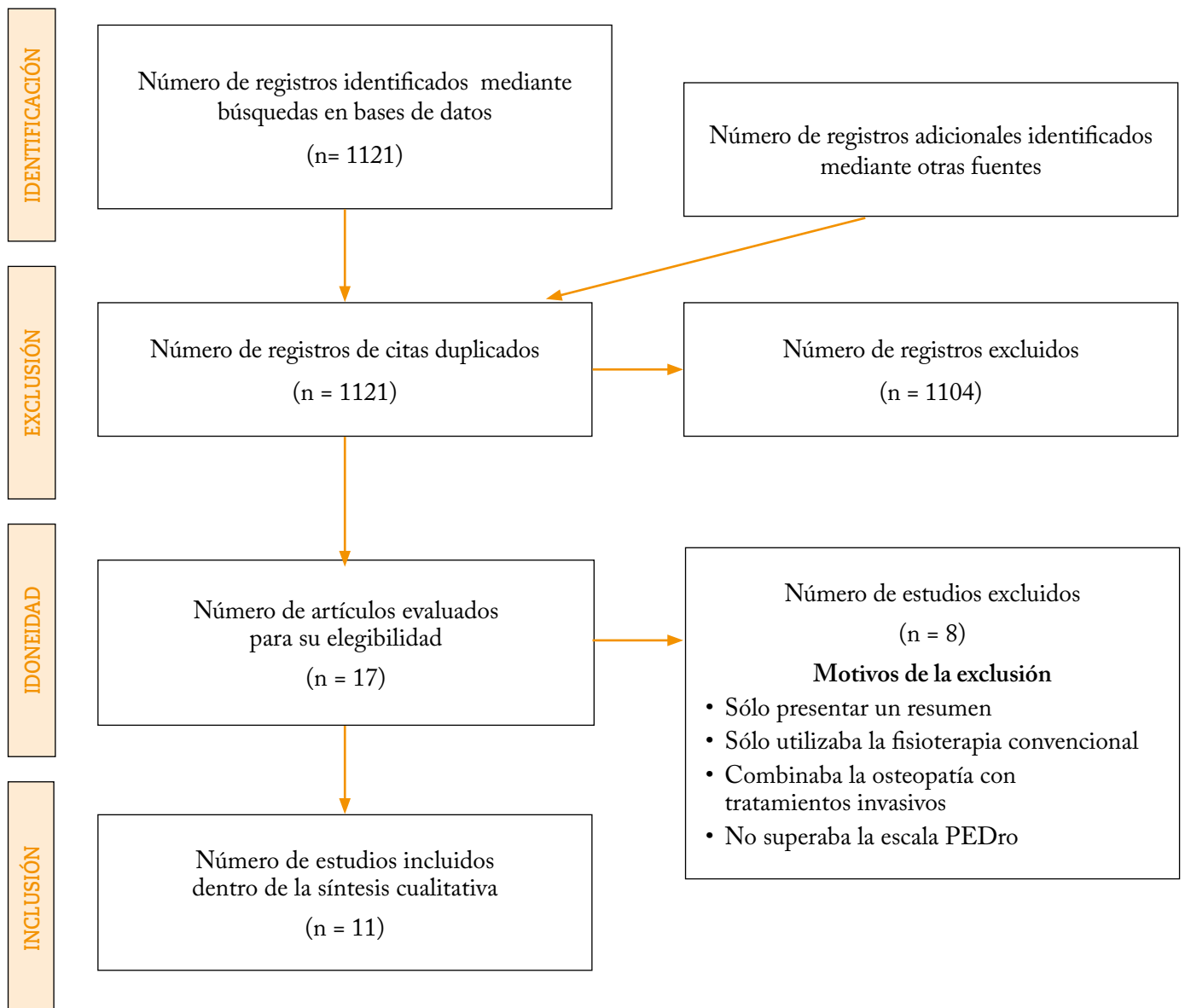


Figura 1. Diagrama de flujo de la revisión.

AUTOR/ AÑO DE PUBLICACIÓN/ PUNTUACIÓN PEDRO/	MUESTRA	EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Clark, et al. ¹⁵ 2018 PEDro: 8/10	162 pacientes entre 18 y 45 años Se asume un 10% de pérdida, pero no se especifica el número total.	<ul style="list-style-type: none"> Numerical Pain Rating (NPR) Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ) PROMIS Pain Intensity 	<ul style="list-style-type: none"> GTM: manipulación vertebral GTM II: movilización vertebral GC: terapia con láser simulada (placebo) 	<ul style="list-style-type: none"> NPR y RMDQ: reducción significativa en el grupo de la manipulación y movilización. Igualmente, en la PROMIS, pero con menor reducción significativa No especifica si más del GTM o el GTM II. 	<ul style="list-style-type: none"> Indica que las intervenciones de terapia manual tienen un efecto positivo significativo en la reducción del dolor y la discapacidad en pacientes con dolor lumbar crónico
Martí-Salvador, et al. ¹⁶ 2018 PEDro: 8/10	66 pacientes entre 18 y 60 años	<ul style="list-style-type: none"> Cuestionario de Dolor de McGill (SF-MPQ) Escala Visual Análoga (VAS) Cuestionario de Roland Morris (RMQ) Índice de Discapacidad de Oswestry (ODI) 	<ul style="list-style-type: none"> GTM: tratamiento osteopático que incluye técnicas específicas del diafragma GTM II: tratamiento osteopático que incluye técnicas específicas del diafragma simuladas 	<ul style="list-style-type: none"> El grupo experimental mostró reducción significativa con el dolor y discapacidad en comparación al 2 grupo En todas las variables obtuvo un p<0.001 	<ul style="list-style-type: none"> La terapia manual osteopática con técnicas de diafragma mejora con respecto al grupo II.
Carrasco-Martínez, et al. ¹⁷ 2019 PEDro: 6/10	150 pacientes, con 66 hombres y 84 mujeres con una edad media de 42 años. Mayores de 18 años	<ul style="list-style-type: none"> Cuestionario de Incapacidad de Oswestry (ODI) Escala Visual Analógica (EVA): Utilizada para medir el nivel de dolor. Algómetro: Utilizado para medir el umbral de dolor en los puntos gatillo del músculo cuadrado lumbar 	<ul style="list-style-type: none"> GTM: compresión isquémica de 90 segundos y manipulación espinal de alta velocidad en la zona lumbar GTM II: técnicas de distracción-flexión 	<ul style="list-style-type: none"> GTM obtuvo mejorías del 50% en el 8% de los pacientes GTM II obtuvo mejorías del 50% en el 56% de los pacientes En todas las variables obtuvo un p<0.001 en el grupo experimental 	<ul style="list-style-type: none"> El GTM II fue más efectivo en el corto plazo
Licciardone, et al. ¹⁸ 2016 PEDro: 10/10	455 pacientes entre 21 y 69 años 180 hombres y 275 mujeres	<ul style="list-style-type: none"> Escala Visual Análoga (VAS) Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ) Escala de salud SF-36 	<ul style="list-style-type: none"> GTM: tratamiento osteopático GC: tratamiento simulado que imitaba al tratamiento osteopático 	<ul style="list-style-type: none"> Los pacientes del GTM mostraron una mejora significativa de los síntomas VAS p <0.001 	<ul style="list-style-type: none"> Las personas que fueron tratadas en el GTM mejoraron significativamente con respecto al grupo control.

AUTOR/ AÑO DE PUBLICACIÓN/ PUNTUACIÓN PEDRO/	MUESTRA	EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Cerritelli, et al. ¹⁹ 2020 PEDro: 7/10	32 pacientes 20 hombres y 19 mujeres 3 abandonaron	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Dolor de McGill (SF-MPQ) • Escala Visual Análoga (VAS) • Cuestionario de Roland Morris (RMQ) • Índice de Discapacidad de Oswestry (ODI) 	<ul style="list-style-type: none"> • GTM: tratamiento osteopático • GC: tratamiento osteopático simulado 	<ul style="list-style-type: none"> • El GTM mostró mejoras significativas en el VAS y la puntuación de McGill • VAS p <0.1 	<ul style="list-style-type: none"> • La terapia manual osteopática mejora con respecto al GC.
Lizis, et al. ²⁰ 2023 PEDro: 6/10	68 pacientes entre 45 y 55 años No hubo pérdidas 45 hombres y 23 mujeres	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Incapacidad de Oswestry (ODI): • Escala numérica de valoración del dolor (NPRS) 	<ul style="list-style-type: none"> • GTM: Manipulación y movilización osteopática • GTM II: terapia manual ortopédica de Kaltenborn 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoras significativas en los 2 grupos • Los cambios en el NPRS y ODI postintervención fueron estadísticamente mayores para el GTM grupo en comparación con el GC (P <0,05). 	<ul style="list-style-type: none"> • La terapia osteopática obtuvo más reducción significativa del dolor que la terapia de Kaltenborn
Castro- Sánchez, et al. ²¹ 2016 PEDro: 7/10	60 pacientes ente 18 y 65 años. Mínimo 3 meses de duración de dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Roland Morris (RMQ) • Índice de Discapacidad de Oswestry (ODI) 	<ul style="list-style-type: none"> • GTM: tratamiento osteopático de terapia cráneo sacral • GC: masajes clásicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Los grupos obtuvieron mejoras significativas del dolor • ODI p <0.008 	<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes con tratamiento osteopático con terapia craneal obtuvieron mejores resultados que las sesiones de masaje clásico
De-Oliveira-Meirelles, et al. ²² 2019 Pedro: 7/10	38 pacientes entre 36 y 60 años. 4 pérdidas (antes 42 pacientes) Hombres 10 y mujeres 28	<ul style="list-style-type: none"> • Escala Visual Análoga (VAS) • Índice de Discapacidad de Oswestry (ODI) 	<ul style="list-style-type: none"> • GTM: tratamiento osteopático • GC: ejercicios terapéuticos para mejorar la fuerza y flexibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Los grupos obtuvieron mejoras significativas del dolor • VAS p <0.0001 • ODI p =0.001 	<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes con tratamiento osteopático con terapia craneal obtuvieron mejores resultados que las sesiones de ejercicios terapéuticos

AUTOR/ AÑO DE PUBLICACIÓN/ PUNTUACIÓN PEDRO/	MUESTRA	EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Licciardone, et al. ²³ 2013 PEDro: 9/10	455 pacientes, 25 perdidas Edad entre 21 a 69 años Hombres 182 y mujeres 273	<ul style="list-style-type: none"> • Escala Visual Analógica de 100 mm(VAS) 	<ul style="list-style-type: none"> • GTM: tratamiento osteopático • GC: tratamiento manual activo, pasivo y técnicas que imitaban al GTM • GTM II: Ultrasonido 1.2 W/cm² • GC II: Ultrasonido, pero actividad subterapéutica. 01 W/cm². 	<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes del GTM mejoraron con respecto al GC. • No se encontró eficacia terapéutica en el grupo GTM II y GC II • Los pacientes del GTM tuvieron mejor resultados que el GC. P < .001 en el dolor lumbar en la semana 12. 	<ul style="list-style-type: none"> • La terapia manual osteopática mejora con respecto a los otros grupos.
Licciardone, et al. ²⁴ 2014 PEDro: 8/10	455 pacientes entre 21 y 69 años 171 hombres y 284 mujeres 230 personas en el GTM 225 personas en el GC	<ul style="list-style-type: none"> • Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ) • Escala Visual Análoga (VAS) • 	<ul style="list-style-type: none"> • GTM: tratamiento osteopático • GC: tratamiento osteopático simulado 	<ul style="list-style-type: none"> • El grupo experimental mostró una reducción significativa con el dolor en comparación al 2 grupo • VAS p =0.002 	<ul style="list-style-type: none"> • La terapia manual osteopática es recomendada especialmente para los casos con mayor dolor y antes de proceder a una intervención quirúrgica.
Tamer, et al. ²⁵ 2017 PEDro: 7/10	39 pacientes 19 personas en el GTM 20 personas en el GTM II	<ul style="list-style-type: none"> • Escala Visual Análoga (VAS) • Cuestionario de salud SF-36 • Índice de Discapacidad de Oswestry (ODI) 	<ul style="list-style-type: none"> • GTM: tratamiento osteopático y ejercicios • GTM II: tratamiento osteopático, ejercicios y terapia visceral. 	<ul style="list-style-type: none"> • El GTM y el GTM II mostró reducción significativa, siendo más importante en el GTM II • Se encontró una reducción significativa en los parámetros (p < 0,05). 	<ul style="list-style-type: none"> • GTM II tiene resultados más importantes que el GTM. Se concluye que se tiene que tener más en cuenta las limitaciones viscerales.

Abreviaturas: **GTM:** Grupo Terapia Manual; **GC:** Grupo Control; **RMDQ/RMQ:** Roland Morris Disability Questionnaire; **VAS:** Escala Visual Análoga; **ODI:** Índice de Discapacidad de Oswestry; **NRS/NPRS:** Numerical Pain Rating; **SF-MPQ:** Cuestionario de Dolor de McGill; **EVA:** Escala Visual Analógica; **NPRS:** Escala numérica de valoración del dolor; **PROMIS:** Patient-Reported Outcomes Measurement Information System.

Tabla 1. Resumen de los principales datos obtenidos en los diferentes estudios.

DISCUSIÓN

Las personas que sufren de un dolor lumbar crónico inespecífico tienen un impacto negativo en su calidad de vida influyendo en su calidad de vida, las actividades de la vida cotidiana y en su trabajo debido al dolor. Sin embargo, se ha identificado en varios ECAs de alta calidad metodológica que los resultados mostraron una reducción significativa del dolor con el tratamiento osteopático y, en los cuales, todos los estudios obtuvieron una puntuación mayor a 6 en la escala PEDro. No obstante, existe una gran variabilidad en las distintas muestras participantes.

Se puede observar como a nivel de sexo, hay un mayor número de mujeres que de hombres, siendo los estudios de Licciardone et al.^{18,23,24} los que más mujeres y hombres aportan, en el caso de las mujeres serán de 28424 y en el de los hombres de 18223. También, se han encontrado estudios donde no se señala el sexo^{15,21,25}, mientras que, en cuanto al tema de la edad, todos los estudios utilizaron pacientes mayores de 18, siendo los estudios de Licciardone J.^{18,23,24} los que aportaron los pacientes de mayor edad, en este caso, de 69 años. Hay estudios que no publicaron el rango de edad^{19,25}.

Pocos estudios señalaron las pérdidas ocurridas durante el desarrollo del trabajo de campo. Aquellos que señalaron pérdidas, notificaron unas pérdidas de 020, 319, 421 y aproximadamente 1615. En cuanto al número de sesiones, el estudio que realizó un mayor número de sesiones fue de 1619 y el que menos fue de 217. Hubo estudios donde no se indicó el número de sesiones aplicadas^{15,19,24}. El menor seguimiento desarrollado en un estudio fue de 2 semanas¹⁷, mientras que el de mayor tiempo de seguimiento fue de 12 semanas²³. Con respecto al tema de la medición de las variables, se han encontrado que hubo 3 test que destacaron con respecto a los demás: RMDQ^{15,16,18,19,21,24}, VAS^{16,18,19,23-25} y ODI^{16-20,25} que aparecieron en un total de 6 artículos. Otras variables que se utilizaron en el estudio fueron NPR^{15,20}, Promis¹⁵, McGill^{16,19}, EVA¹⁷ y SF^{16,18,25}.

En todos los estudios el tratamiento osteopático obtuvo una reducción significativa del dolor. Cabe destacar que el tratamiento de flexión-distracción¹⁷ obtuvo mejores resultados que la compresión isquémica de puntos gatillo lumbares asociado a manipulación lumbar. Igualmente, se ha encontrado que el tratamiento osteopático convencional fue superado cuando se aplicó una combinación de ejercicios y tratamiento visceral²⁵. En un único estudio se

encontró la misma reducción significativa al tratamiento osteopático, simplemente utilizando movilizaciones¹⁵. También se encontraron estudios donde la osteopatía y el otro tratamiento terapéutico obtuvieron una reducción significativa utilizando la terapia manual ortopédica de Kaltenborn y ejercicios de fuerza y flexibilidad, pero en estos casos, se especificó que el tratamiento osteopático fue más eficaz^{20,22}. Por último, destaca un estudio que solamente realizó tratamiento osteopático de terapia craneosacral, donde se obtuvo una mejoría sin el uso de las técnicas de movilización de alta y baja velocidad²¹.

CONCLUSIÓN

Existe una evidencia científica moderada tanto en calidad como en cantidad que avale la efectividad del tratamiento osteopático en el tratamiento osteopático en el dolor lumbar crónico inespecífico. Se requieren de investigaciones futuras diseñadas sobre metodologías más sólidas que estudien los beneficios a medio y largo plazo de estas técnicas.

CONFLICTOS DE INTERÉS

No existen conflictos de interés asociados a esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Orrock PJ, Myers SP. *Osteopathic intervention in chronic non-specific low back pain: a systematic review*. BMC Musculoskelet Disord. 2013; 14:129.
2. Bogduk N. *Management of chronic low back pain*. Med J Aust. 2004;180(2):79-83.
3. Urits I, Burshtein A, Sharma M, Testa L, Gold PA, Orhurhu V, et al. *Low back pain, a comprehensive review: pathophysiology, diagnosis, and treatment*. Curr Pain Headache Rep. 2019; 23(23):1-10.
4. Bogduk N. *On the definitions and physiology of back pain, referred pain, and radicular pain*. 2009; 147:17-19.
5. Barrey CY, Le Huec JC, French Society for Spine Surgery. *Chronic low back pain: relevance of a new classification based on the injury pattern*. Orthop Traumatol Surg Res. 2019; 105:339-346.

6. Meucci RD, Fassa AG, Faria NM. *Prevalence of chronic low back pain: systematic review*. Rev Saúde Pública. 2015; 49:73.
7. Loisel P, Lemaire J, Poitras S, Durand M-J, Champagne F, Stock S, et al. *Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study*. Occup Environ Med. 2002; 59:807-15.
8. Sanzarello I, Merlini L, Rosa MA, Perrone M, Fruguele J, Borghi R, et al. *Central sensitization in chronic low back pain: a narrative review*. J Back Musculoskelet Rehabil. 2016;29(4):625-33.
9. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin C-WC, Chenot J-F, et al. *Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview*. Eur Spine J. 2018; 27:2791-2803.
10. Rached RDVA, Rosa CDP, Alfieri FM, Amaro SMC, Nogueira B, Dotta L, et al. *Chronic nonspecific low back pain: rehabilitation*. Rev Assoc Med Bras. 2013;59(6):536-553.
11. Melloh M, Röder C, Elfering A, Theis JC, Müller U, Staub LP, et al. *Differences across health care systems in outcome and cost-utility of surgical and conservative treatment of chronic low back pain: a study protocol*. BMC Musculoskelet Disord. 2008;9(81):1-9.
12. Hansson E, Hansson T. *The cost-utility of lumbar disc herniation surgery*. Eur Spine J. 2007;16(3):329-337.
13. Liddle SD, Pennick V. *Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy*. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(9)
14. Licciardone JC, Gatchel RJ. *Osteopathic medical care with and without osteopathic manipulative treatment in patients with chronic low back pain: a pain registry-based study*. J Am Osteopath Assoc. 2020;120(2):64-73.
15. Clark BC, Russ DW, Nakazawa M, France CR, Walkowski S, Law TD, et al. *A randomized control trial to determine the effectiveness and physiological effects of spinal manipulation and spinal mobilization compared to each other and a sham condition in patients with chronic low back pain: study protocol for The RELIEF Study*. Contemp Clin Trials. 2018; 70:41-52.
16. Martí-Salvador M, Hidalgo-Moreno L, Doménech-Fernández J, Lisón JF, Arguisuelas MD. *Osteopathic manipulative treatment including specific diaphragm techniques improves pain and disability in chronic non-specific low back pain: a randomized trial*. Arch Phys Med Rehabil. 2018.1(9)1720-9.
17. Carrasco-Martínez F, Ibáñez-Vera AJ, Martínez-Amat A, Hita-Contreras F, Lomas-Vega R. *Short-term effectiveness of the flexion-distraction technique in comparison with high-velocity vertebral manipulation in patients suffering from low-back pain*. Complement Ther Med. 2019; 44:61-67.
18. Licciardone JC, Gatchel RJ, Aryal S. *Recovery from chronic low back pain after osteopathic manipulative treatment: a randomized controlled trial*. J Am Osteopath Assoc. 2016;116(3):144-155.
19. Cerritelli F, Chiacchiarretta P, Gambi F, Perrucci MG, Barassi G, Visciano C, Bellomo RG, Saggini R, Ferretti A. *Effect of manual approaches with osteopathic modality on brain correlates of interoception: an fMRI study*. Sci Rep. 2020; 10:3214.
20. Lizis P, Kobza W, Jaszczur-Nowicki J, Wisniewski D. *Osteopathic manual treatment compared to kaltenborn-evjenth orthopedic manual therapy for chronic low back pain: a randomized study*. Altern Ther Health Med. 2023;29(4):76-81.
21. Castro-Sánchez AM, Lara-Palomo IC, Matarán-Peñarrocha GA, Saavedra-Hernández M, Pérez-Mármol JM, Aguilar-Ferrándiz ME. *Benefits of craniosacral therapy in patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial*. J Altern Complement Med. 2016;1-8.
22. Oliveira-Meirelles FO, Cunha JCOM, Silva EB. *Osteopathic manipulation treatment versus therapeutic exercises in patients with chronic nonspecific low back pain: A randomized, controlled and double-blind study*. J Back Musculoskelet Rehabil. 2019;1-11.
23. Licciardone JC, Minotti DE, Gatchel RJ, Kearns CM, Singh KP. *Osteopathic manual treatment and ultrasound therapy for chronic low back pain: a randomized controlled trial*. Ann Fam Med. 2013;11(2):122-129.

24. Licciardone JC, Gatchel RJ, Aryal S. *Targeting patient subgroups with chronic low back pain for osteopathic manipulative treatment: responder analyses from a randomized controlled trial.* J Am Osteopath Assoc. 2016;116(3):156-168.
25. 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):419-425.

VOLVER A SUMARIO

[REVISIÓN SISTEMÁTICA] EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO OSTEOPÁTICO EN EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Ignacio Villar (PT, DO)¹.

Recibido el 6 de agosto de 2024; aceptado el 18 de octubre de 2024.

Introducción: El síndrome del intestino irritable (SII) es una enfermedad crónica, frecuentemente debilitante y generalizada en la interacción intestino-cerebro (anteriormente conocida como trastornos gastrointestinales funcionales). Se ha propuesto que la osteopatía podría ser una modalidad de tratamiento útil en esta patología. Uno de sus principios fundamentales es la interrelación estructura y función. El movimiento fisiológico libre y sin obstáculos dentro de todas las estructuras y tejidos del cuerpo se considera de gran importancia para el mantenimiento de la salud y/o la recuperación de una enfermedad.

Objetivos: Realizar una revisión bibliográfica actual de la literatura científica sobre el tratamiento osteopático en síndrome de intestino irritable. Revisar los diversos enfoques terapéuticos y protocolos de tratamientos en síndrome de intestino irritable.

Material y Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica sobre la efectividad del tratamiento osteopático en el SII, siguiendo la declaración PRISMA. Las bases de datos en la búsqueda fueron Pubmed, Cochrane Library, PEDro y Google Scholar. Algunos de los términos utilizados fueron “*irritable bowel syn-*

drome”, “*osteopathic manipulative treatment*”, “*visceral manipulation*”, “*osteopathic medicine*”, “*spinal manipulation*”. Se incluyeron ensayos controlados aleatorizados, que evaluaran la efectividad de la terapia manual osteopática (OMT) en personas con diagnóstico de SII según los criterios de Roma (II - IV) y escala visual analógica de dolor abdominal comparados con un grupo control. La OMT podía ser realizada sola o combinada con otras terapias sin restricciones de la técnica o frecuencia. Se excluyeron estudios que no superaran los 5 puntos en la escala PEDro.

Resultados: Se incluyeron 7 artículos en los cuales se realizó terapia manual osteopática en pacientes con SII. Expusieron resultados favorables en cuanto a la mejora la gravedad del SII, en particular el dolor abdominal, distensión – hinchazón y depresión – ansiedad y mejora de la calidad de vida.

Conclusiones: La OMT es un tratamiento potencial seguro y no invasivo y puede implementarse en el programa de tratamiento de pacientes con SII debido a su eficacia en disfunciones intestinales mecánicas, vasculares y neurológicas. Sin embargo, existe una falta tanto en cantidad como en calidad de evidencia científica en el abordaje con terapia manual osteopática en el SII.

PALABRAS CLAVE

- › Síndrome de intestino irritable
- › Tratamiento manipulativo osteopático
- › Manipulación visceral
- › Medicina osteopática
- › Manipulación espinal

VOLVER A SUMARIO

Autor de correspondencia: nachovillarezcurre@gmail.com
(Ignacio Villar)
ISSN on line: 2173-9242
© 2025 – Eur J Ost Rel Clin Res - All rights reserved
www.europeanjournalosteopathy.com
info@europeanjournalosteopathy.com

¹ Consultorios Osteopatía Villar, Córdoba, Argentina.

INTRODUCCIÓN

El síndrome del intestino irritable (SII) es una enfermedad crónica, frecuentemente debilitante y generalizada en la interacción intestino-cerebro (anteriormente conocida como trastornos gastrointestinales funcionales)¹. El SII se define por la asociación entre dolor abdominal, distensión abdominal y disfunción intestinal para periodos recurrentes según lo especificado por los criterios de Roma III². Este síndrome tiene una mayor prevalencia en mujeres y en personas jóvenes^{3,4}; en población general es un motivo importante para consultar a los médicos generales y especialistas, ya que ocurre entre el 10% y el 20% de la población general^{5,6}. El SII tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes^{7,8}, riesgo de comorbilidad psicológica, incluyendo depresión y pensamientos suicidas⁹ y como tal se asocia con una considerable utilización de la atención médica y absentismo laboral^{5,9,10}.

La baja eficacia de los tratamientos farmacológicos convencionales¹¹ han llevado a muchos equipos a conseguir un interés en el tratamiento alternativo no farmacológico del SII, especialmente para casos más severos^{12,13}.

La etiología y fisiopatología del SII no se comprende completamente. En general, se acepta que existe una estrecha conexión entre el sistema nervioso entérico y el sistema nervioso central¹⁴, y que los factores estresantes físicos o emocionales pueden causar alteraciones en todos los niveles del eje cerebro-intestino¹⁵.

La osteopatía podría ser una modalidad de tratamiento de interés en esta patología. Se basa en el contacto manual para el diagnóstico y el tratamiento. Uno de sus principios fundamentales es la interrelación estructura y función. El movimiento fisiológico libre y sin obstáculos dentro de todas las estructuras y tejidos del cuerpo se considera de gran importancia para el mantenimiento de la salud y/o la recuperación de una enfermedad. Mediante el examen palpatorio y las pruebas de movimiento, el osteópata busca el movimiento, restricciones y alteraciones en la textura y el tono del tejido, que pueden ser relevantes para los síntomas del paciente. El tratamiento consiste en procedimientos suaves de estiramiento, movilización y manipulación. Este enfoque manual es aplicable a diversos tejidos y partes del cuerpo, incluidos los sistemas musculoesquelético y visceral¹⁶.

A la fecha existe una revisión sistemática del año 2014 que evalúa la eficacia de la terapia manual osteopática (OMT) en SII con resultados prometedores¹⁷; sin embargo, una

revisión reciente de revisiones sistemáticas lo consideró bajo en la herramienta de evaluación de calidad AMSTAR-2¹⁸. Así, es necesario actualizar la evidencia sobre OMT y SII, por lo que esta revisión bibliográfica tiene como objetivo resumir la evidencia actual sobre la efectividad del tratamiento osteopático en pacientes con SII.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio

Se realizó una revisión de la literatura sobre la efectividad del tratamiento osteopático en el SII, siguiendo la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses). Los distintos pasos de la revisión fueron efectuados por un investigador de forma independiente.

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica para evaluar la eficacia de la OMT en personas con SII. Las plataformas seleccionadas en la búsqueda fueron Pubmed, Cochrane Library, PEDro y Google Scholar. La fecha límite de la búsqueda fue junio 2024. Las palabras claves que se usaron por separado y en combinación fueron “*irritable bowel syndrome*”, “*IBS*”, “*manual therapy*”, “*osteopathic manipulative treatment*”, “*ostepathic treatment*”, “*osteopathic manipulation*”, “*osteopathic medicine*”, “*spinal manipulation*”, “*visceral manipulation*” y “*osteopath**”. Estos descriptores fueron combinados con los operadores “*AND*” y “*OR*”.

Criterios de selección

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron ensayos controlados aleatorizados (ECA); ensayos que evalúan efectividad de la OMT en personas con diagnóstico de SII según los criterios de Roma (II - IV), escala EVA de dolor abdominal comparados con un grupo control; artículos en la cual la OMT podía ser realizada sola o combinada con otras terapias sin restricciones de la técnica o frecuencia. Se consideraron artículos elegibles aquellos redactados en inglés, español, alemán y francés. Igualmente, debían haberse publicado en los últimos 20 años.

Por otro lado, se excluyeron todos los estudios que incluían SII con participantes con fibromialgia, cáncer, cirugías intestinales, estudios con un tamaño muestral menor a 30 y estudios que no superaran los 5 puntos en la escala de PEDro.

Extracción de datos

Se obtuvo de los artículos los autores, año de publicación, la muestra estudiada, los tratamientos aplicados, las mediciones realizadas y los resultados de los mismos, así como sus conclusiones.

Evaluación de calidad

Los artículos seleccionados fueron evaluados considerando el uso de la escala PEDro.

RESULTADOS

De los 1767 estudios inicialmente localizados, 97 fueron eliminados por duplicado, 1659 fueron eliminados por lectura de títulos y finalmente fueron excluidos 4 artículos que no cumplían con los criterios de inclusión (Figura 1).

Cuatro estudios^{20,21,23,24} compararon la OMT con tratamientos simulados mientras que tres^{17,22,25} lo hicieron comparando con atención médica.

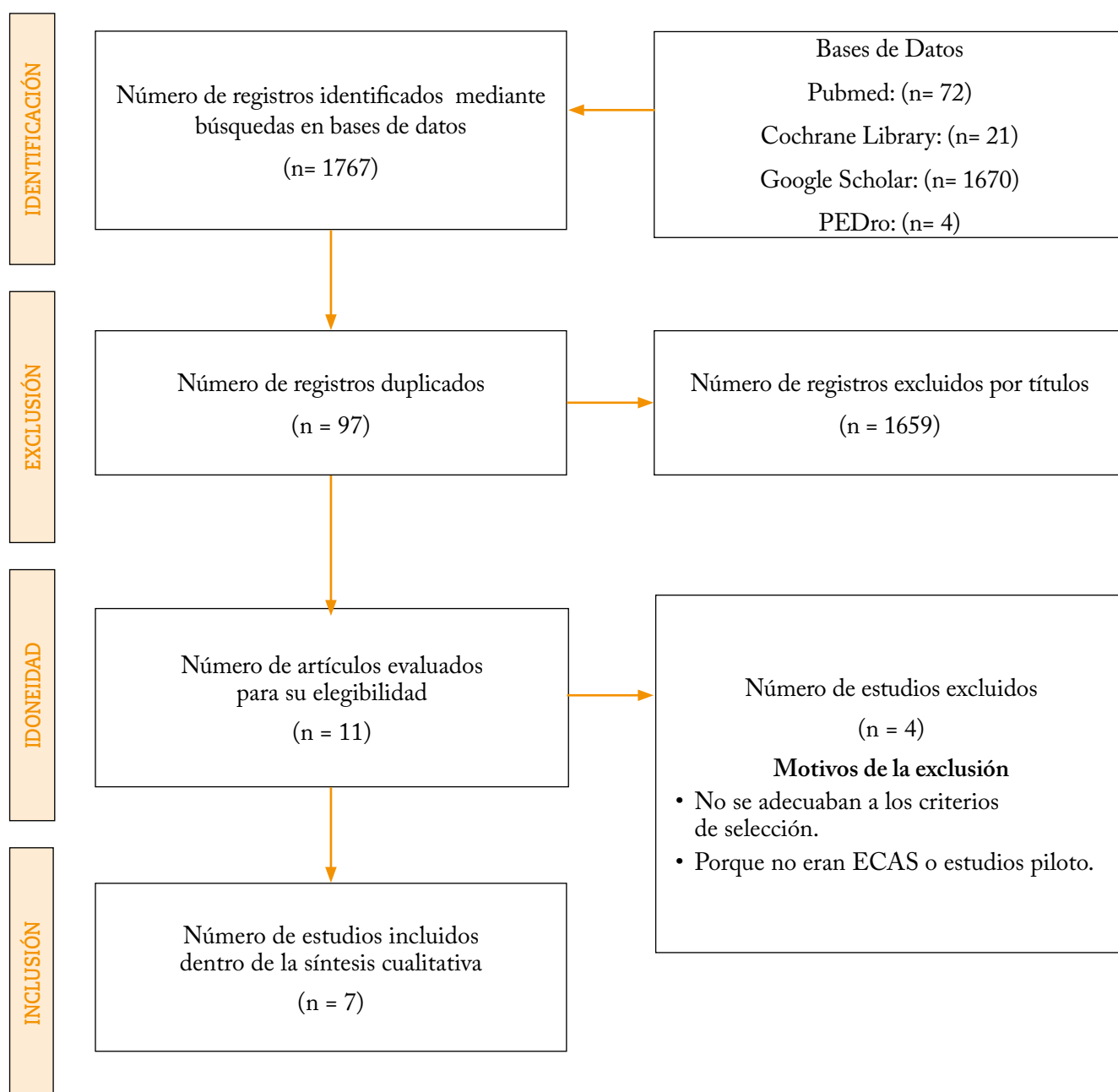


Figura 1. Diagrama de flujo para selección de los artículos según la Declaración PRISMA²⁶..

AUTOR/AÑO/ ESCALA PEDRO	MUESTRA PARTICIPANTE	EVALUACIONES	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Müller et al. ²⁰ 2002 PEDro 7	Total=53 OMT =29, GC =24 48,64 ± 2,79 años	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal EVA • Intensidad y frecuencia de flatulencias, estreñimiento y diarrea. 	<ul style="list-style-type: none"> • OMT: 5 sesiones cada dos semanas con unaduración de 45 min. Seguimiento a las 12 semanas (2 después de la última sesión) El osteópata evaluó sutura occipito mastoidea, zona epigástrica y colon en relación con el intestino delgado y trato las áreas disfuncionales. Cada técnica se realizó durante 8 min. • GC: 5 sesiones cada dos semanas de terapia simulada con una duración de 30 min. Tratamiento simulado, se realizó una evaluación de columna desde T11 a L5, costillas 11 y 12, sínfisis, articulación sacroilíaca y coccígeo. 	<ul style="list-style-type: none"> • A partir de las líneas de base de aproximadamente 63 puntos (máximo: 100), la intensidad del dolor mejoró sólo levemente (-10 puntos) y ninguno significativamente en el grupo simulado, pero de manera espectacular (aproximadamente 50 puntos) en el grupo osteopático. • Las diferencias alcanzaron el nivel de significancia ya después de la segunda sesión y aumentaron continuamente (p para la tendencia <0,0001). Se observaron cinéticas similares para otras variables como incidencia y / o intensidad de distensión, estreñimiento y diarrea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Una serie de tratamientos osteopáticos personalizados (cada dos semanas durante diez semanas) centrados en las disfunciones reales de los pacientes puede inducir un alivio casi completo a corto plazo de los síntomas típicos. Habrá que demostrar si los efectos observados pueden durar.
Hundscheid et al. ¹⁷ 2007 PEDro 7	Total = 39 OMT =20, GC =19 43,75 años	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios de Roma II. • Calidad de vida, IBSQOL 2000. • Puntuación de síntomas de dolor abdominal, calambres, diarrea, estreñimiento, meteorismo, flatulencias, sensación de evacuación incompleta de las heces y presencia de mucosas. (escala semicuantitativa Likert de 5 puntos). • Índice de gravedad del trastorno funcional del intestino, FBDSI. 	<ul style="list-style-type: none"> • OMT: 5 sesiones una vez cada 2-3 semanas. Seguimiento de 1, 3 y 6 meses. • GC: Atención estándar. <p>En el grupo de terapia manual osteopática se realizó adaptando el tratamiento a la historia clínica de cada paciente. Método de caja negra.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El 68% de los pacientes en el grupo de osteopatía notaron una mejoría general definitiva en los síntomas y el 27% mostro una ligera mejoría. Un paciente (5%) estaba libre de síntomas al final del estudio. En el grupo de atención estándar el 18% noto una mejoría definitiva, el 59% mostro una ligera mejoría y en el 17% hubo empeoramiento de los síntomas. La diferencia en el cambio en la mejora sintomática general fue estadísticamente significativa a favor del tratamiento osteopático (P 0.006). 	<ul style="list-style-type: none"> • En este estudio se muestra una mejora estadísticamente significativa de la función pulmonar en niños con asma después del tratamiento osteopático.

AUTOR/AÑO/ ESCALA PEDRO	MUESTRA PARTICIPANTE	EVALUACIONES	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Florance et al. ²¹ 2012 PEDro 7	Total = 30 47,5 ± 16.8 años	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios de Roma III. • Escala de heces de Bristol. • Puntuación de gravedad del SII. • Fatiga, FIS • Depresión, BDI • TENIA • Nivel de satisfacción 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento manual osteopático estandarizado: El osteópata realizó una exploración física y tratamiento de la columna y el abdomen utilizando técnicas directas como indirecta. Las sesiones se completaron con osteopatía visceral. • Grupo control: tratamiento manual osteopático simulado. • Se realizaron 2 sesiones con un intervalo de 7 días (días 0 y 7) con 3 semanas adicionales de seguimiento (día 28); duración de cada sesión: 60 min. 	<ul style="list-style-type: none"> • La gravedad del SII disminuyó en ambos grupos los días 7 y 28. El día 7, esta disminución fue significativamente más marcada en los pacientes que recibieron osteopatía en comparación con los que recibieron el procedimiento simulado (-32,2+29,1 frente a -9,0+-16,0 diferencia media normalizado al valor inicial P=0,01). Esta diferencia no persistió el día 28 (P=0,4). • Mejora en la calidad de vida normalizada al valor inicial fue significativamente más marcada en el día 7 en pacientes tratados con osteopatía (P=0,03). Mejoras en la frecuencia de las deposiciones con osteopatía (P=0,067). Respecto de la fatiga no hubo grandes diferencias entre grupos. El BDI disminuyó significativamente el día 28 en pacientes tratados con osteopatía (4,9+- 1,8 P*0.01). En satisfacción de los pacientes fue significativamente mayor en el grupo tratado con osteopatía (14/20, 70%) (P=0.03). 	<ul style="list-style-type: none"> • En este estudio, en el grupo osteopático, el 68% de los pacientes experimentó una mejoría general definitiva de los síntomas y el 27% experimentó una leve mejora, mientras que solo el 18% experimentó una mejora general y el 59% experimentó una ligera mejora mientras recibía atención estándar.
Xing L et al. ²² 2013 PEDro 7	Total: 60 TSCOM =30, PBD =30 39 años	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios de Roma III • Escala de síntomas intestinales, BSS • Mejoras de síntomas, SIR • Evaluación subjetiva del paciente, PSA 	<p>Se dividieron en un grupo de Manipulación ortopédica espinal tradicional (TSCOM) y el grupo control tratados con fármaco (PBD).</p> <ul style="list-style-type: none"> • TSCOM: fue tratado con manipulación espinal cada dos días durante la primera semana, y una vez cada 3 días en la segunda semana para un total de 5 tratamientos. El tratamiento consiste en generar una presión de 40 a 100N con la yema del pulgar sobre la lámina de la apófisis espinosa afectada. Previo al tratamiento se realizó un examen palpatorio para evaluar la calidad del tejido a tratar. • PBD: aplicación de Pinaverium Bromide Dicetel, 50mg 3 veces al día durante 2 semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los síntomas de 23 pacientes del grupo TCSOM desaparecieron poco después de la manipulación espinal y 6 casos mejoraron significativamente. Las puntuaciones BSS del grupo TCSOM fueron significativamente más bajas que las del grupo PBD después del tratamiento. Según el SIR el grupo TCSOM incluyó 14 casos con resultados excelentes, 13 casos buenos y 3 casos malos. Todos los casos fueron analizados estadísticamente, revelando una diferencia significativa (P*0,001) entre los dos grupos. 	<ul style="list-style-type: none"> • El resultado terapéutico del TCSOM en este estudio muestra que los síntomas se reducen, desaparecen o se alivian inmediatamente después del tratamiento, y tanto ENA como la BSS del grupo TCSOM fueron significativamente más bajas que las del grupo PBD después del tratamiento. Corregir el desplazamiento de la vértebra y/o disco intervertebral de la vértebra torácica o lumbar es una forma eficaz de tratar el SII, al aliviar los estímulos causados por el aumento de presión alrededor de los nervios y vasos adyacentes a la columna.

AUTOR/AÑO/ ESCALA PEDRO	MUESTRA PARTICIPANTE	EVALUACIONES	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Attali et al. ²³ 2013 PEDro 8	Total: 31 50 ± 2 años	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios de Roma III. • EVA (estreñimiento, diarrea, distensión abdominal, dolor abdominal). • Sensibilidad rectal. • Tránsito colónico. 	<p>Un osteópata realizó todas las manipulaciones. Duración de la sesión: 45 min.</p> <ul style="list-style-type: none"> • OMT: 3 sesiones separadas por intervalos de 2 semanas y 3 sesiones de placebo separadas por 2 semanas. Se incluyeron técnicas viscerales globales utilizando ambas manos, vibraciones en el abdomen, técnica local en zonas sensibles donde presiono sus dedos e hizo vibraciones, técnica sacra (movilidad del sacro). • GC: 3 sesiones de tratamiento placebo separadas por intervalos de 2 semanas y 3 sesiones de TMO separadas por intervalos de 2 semanas, el osteópata aplicó sus manos en los mismos puntos del abdomen, masaje superficial sin movilizar las vísceras, duración de la sesión similar. 	<ul style="list-style-type: none"> • La osteopatía disminuye significativamente la diarrea (P=0,016), la distensión abdominal (P=0,043), y el dolor abdominal (P=0,013). No se evidencian cambios significativos en el estreñimiento. • La osteopatía mejoró la sensibilidad rectal (volumen de sensación umbral, volumen de sensación constante, volumen máximo tolerable), P'0,01. Las manipulaciones con placebo no modificaron la sensibilidad rectal. Los tiempos de tránsito colónico total y segmentario no se modifican significativamente después de un tratamiento osteopático o manipulaciones con placebo. Un año después del final de este ensayo, la distensión abdominal, diarrea y el dolor abdominal fue significativamente menor en comparación con la inclusión (P'0,05). 	<ul style="list-style-type: none"> • El estudio sugiere que la osteopatía visceral mejora la distensión y el dolor abdominal a corto y largo plazo, y disminuye la sensibilidad rectal en pacientes con síndrome de intestino irritable,
Piche et al. ²⁴ 2014 PEDro 8	Total: 37 TMO =25 GC =12) 41.75 años	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios de Roma III • Fatiga, FIS • Depresión, BDI • Ansiedad, HAD • Nivel de satisfacción 	<ul style="list-style-type: none"> • OMT: Se realizaron 3 sesiones de procedimiento manipulativo a los 15, 30 y 45 días después de la última perfusión de antígeno de necrosis tumoral Alpha, con un periodo adicional de seguimiento de 2 semanas. Duración de la sesión 60 min. • GC: 3 visitas a un osteópata en la cual el mismo ofreció atención atenta y escucha sin ninguna manipulación los días 15, 30 y 45, tras la última perfusión de TNF Alpha el día 0. 	<ul style="list-style-type: none"> • La gravedad del SII normalizado al valor inicial fue significativamente más pronunciado en pacientes tratados con osteopatía que en controles el día 30 (P=0,01), 45 (P=0,04) y 60 (P=0,05). • En comparación con el grupo control, un aumento significativo en la puntuación IBDq, lo que refleja una mejor calidad de vida relacionada a EII, solo se observó en el día 45 en pacientes tratados con osteopatía (P=0,05). • En relación a las variables psicológicas, la reducción en la gravedad de la fatiga en pacientes tratados con osteopatía fue similar en día 15 (P=0,8), más pronunciado en el día 30 (P=0,01) y 45 (P=0,05) y mantenido en el día 60 (P=0,002). • El nivel de satisfacción fue significativamente mayor en el grupo tratado con osteopatía en comparación con el grupo control (P=0,03). 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 sesiones de osteopatía redujeron la gravedad de los síntomas similares al SII asociados con la EC en remisión. La osteopatía debe considerarse una opción terapéutica útil para reducir la gravedad del dolor y el malestar abdominal en pacientes con EC pero en remisión con síntomas similares al SII.

AUTOR/AÑO/ ESCALA PEDRO	MUESTRA PARTICIPANTE	EVALUACIONES	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Eman Essaam et al. ²⁵ 2022 PEDro 7	Tortal: 60 GE =30 GC =30 40 años	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios de Roma IV. • Sensación de distensión y medición de la circunferencia abdominal. • Escalas de depresión de Beck y de ansiedad rasgo – estado de Spielberger. 	<ul style="list-style-type: none"> • El grupo de estudio recibió movilización visceral, mientras que el grupo control recibió únicamente atención médica. • Recibieron atención durante 6 semanas, dos tratamientos por semana de 15 a 30 minutos de movilización visceral. 	<ul style="list-style-type: none"> • En cuanto a la distensión subjetiva el 50% de los pacientes del grupo de estudio presentaron una sensación de distensión subjetiva mínima, mientras que el 3,3% del grupo control presentaron la misma sensación post-intervención. • Se detectaron disminución en la medición de la circunferencia abdominal en 8,59% en el grupo de estudio y 2,80% en el grupo control. • Respecto al test de Beck un porcentaje mayor de pacientes en el grupo de estudio tuvo síntomas de depresión leve (36,7%) en comparación con el grupo de control (23,3%) después del tratamiento. Además se detectaron diferencias significativas entre grupos (entre los dos grupos) mayor de pacientes en el grupo de estudio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la hinchazón y la distensión (disminución en la sensación de distensión subjetiva y una medición de la circunferencia de los pacientes de la siguiente manera: el 50% de los pacientes informaron una sensación de distensión mínima y hubo un 8,59% de disminución en la circunferencia respectivamente). Además, hubo una mejora significativa en las comorbilidades psiquiátricas en forma de depresión y ansiedad en una disminución del 47,18% y 41,91% respectivamente. • La movilización visceral normaliza eficazmente las disfunciones intestinales mecánicas, vasculares y neurológicas en pacientes con SII.

Abreviaturas: OMT: Terapia manual osteopática; GC: Grupo control; SII: Síndrome de intestino irritable; EVA: Escala visual analógica; TSCOM: Manipulación ortopédica espinal tradicional; PBD: Pinaverium Bromide Dicetel; BDI: Depresión de Beck; FIS: Impacto de la fatiga.

Tabla 1. Síntesis de los estudios incluidos en la revisión.

Se mostraron resultados estadísticamente significativos respecto a la gravedad del SII. Tres estudios^{20,22,23} utilizaron la escala EVA, mientras que Hundscheid et al.¹⁷ utilizó la escala Functional Bowel Disease Severity Index (FBDSI). Dos estudios^{21,24} utilizaron un cuestionario sobre la presencia de dolor abdominal, hinchazón, alivio después de la defecación e impacto en la calidad de vida. Eman Essaam et al.²⁵ refieren el 50% de disminución de sensación de distensión subjetiva post intervención.

El estreñimiento se evaluó en tres de los siete estudios. Attali et al.²³ refieren una diferencia significativa entre el inicio, la semana 5 y la semana 11, no así en el largo plazo de seguimiento después de un año. Müller et al.²⁰ refiere una disminución del 69.8% en el grupo OMT. Xing et al.²² indica una mejora significativa respecto al grupo tratado con fármacos.

La diarrea fue analizada por cuatro estudios^{17,20,21,23} de siete, y tres mostraron resultados estadísticamente significativos. Attali et al.²³ y Müller et al.²⁰ mostraron mejoras significativas en favor de la OMT. Hundscheid et al.¹⁷ indica cambios estadísticamente significativos a los seis meses en favor de la OMT. Florence et al.²¹ no mostró ningún resultado significativo en los grupos evaluados.

Respecto a la calidad de vida, el estudio de Florence et al.²¹ muestra mejoras significativas en el corto plazo. Pichea et al.²⁴ refiere aumento significativo en la puntuación del cuestionario IBDq que refleja una mejor calidad de vida en pacientes tratados con osteopatía. Hundscheid et al.¹⁷ indica un aumento significativo en el grupo con tratamiento osteopático utilizando el cuestionario Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Questionnaire (IBSQOL2000).

A continuación, se muestra una tabla con los principales resultados obtenidos en los diferentes estudios analizados (Tabla 1).

DISCUSIÓN

El tratamiento del SII sigue siendo un desafío debido a la naturaleza crónica y multifactorial de la enfermedad. Las terapias no farmacológicas, incluidas las intervenciones manuales como la osteopatía, han ganado popularidad en los últimos años como alternativas o complementos a los tratamientos convencionales. A lo largo de esta revisión se han analizado varios estudios que evalúan el impacto de la osteopatía en la reducción de los síntomas del SII.

El estudio de Müller et al.²⁰ marcó un punto de partida al demostrar que la osteopatía mejora significativamente los síntomas del SII en el corto plazo. Sin embargo, este estudio tiene limitaciones debido a la falta de seguimiento prolongado. Posteriormente, Florence et al.²¹ realizaron un estudio que incluyó un grupo de control simulado, logrando reducir los síntomas más severos del SII y sugiriendo que la osteopatía podría tener beneficios más duraderos que lo reportado en estudios anteriores.

Attali et al.²³ ofrecieron una evaluación a largo plazo del impacto de la osteopatía en pacientes con SII, mostrando mejoras sostenidas en la calidad de vida y la reducción de los síntomas. Estas mejoras a largo plazo sugieren que la intervención osteopática puede ofrecer más que un alivio temporal, pero se requiere un mayor número de estudios con metodologías robustas para validar estos resultados.

Piche et al.²⁴ exploraron el uso de la osteopatía en pacientes con enfermedad de Crohn en remisión que presentaban síntomas similares al SII, mostrando que la intervención osteopática no solo mejora los síntomas del SII, sino también los asociados con otras patologías gastrointestinales. Este estudio aporta una perspectiva valiosa sobre la versatilidad del tratamiento osteopático en el manejo de diversas enfermedades intestinales.

El enfoque de la movilización visceral también fue abordado en el estudio de Eman Essaam et al.²⁵, que examinó específicamente el impacto de la movilización visceral en la disineria abdomino-frénica en pacientes con SII. Esta técnica está alineada con las prácticas osteopáticas que buscan restaurar la movilidad y la funcionalidad del sistema visceral para mejorar los síntomas gastrointestinales. Los resultados mostraron una mejoría significativa en la coordinación entre el diafragma y los músculos abdominales, lo que contribuyó a una reducción de los síntomas del SII. Este estudio sugiere que la movilización visceral no solo mejora la motilidad gastrointestinal, sino que también optimiza la función del diafragma, reduciendo la acumulación de gases y la distensión, síntomas comunes en el SII. Estos hallazgos refuerzan la idea de que las intervenciones manuales dirigidas a las estructuras viscerales tienen un papel clave en el manejo del SII, especialmente en pacientes con trastornos motores subyacentes.

El enfoque centrado en la movilización visceral de Eman Essaam et al.²⁵ complementa los estudios de Florence et al.²¹ y Attali et al.²³, que también sugieren que las técnicas de manipulación visceral son efectivas para aliviar los síntomas del SII. Mientras que el estudio de Florence et

al.²¹ se enfocó principalmente en la reducción del dolor y la distensión, Attali et al.²³ proporcionó una perspectiva a largo plazo, mostrando que los beneficios de la osteopatía se mantienen durante varios meses después de la intervención. Esto es consistente con los hallazgos de Eman Essaam et al.²⁵, quienes destacaron mejoras sostenidas en la coordinación abdomino-frénica y una reducción significativa de los síntomas.

La inclusión del protocolo de estudio de Amsallem et al.²⁷ aporta un contexto valioso a esta discusión. Este protocolo describe un ensayo clínico aleatorizado diseñado específicamente para evaluar la efectividad de la osteopatía en el tratamiento del SII en adultos. La importancia de este protocolo radica en su enfoque metodológico sólido, el cual busca abordar algunas de las limitaciones identificadas en estudios previos, tales como el tamaño reducido de las muestras y la falta de un seguimiento a largo plazo. Amsallem et al.²⁸, en su revisión sistemática sobre intervenciones no farmacológicas para el SII, concluyeron que las terapias manuales, incluidas la osteopatía, ofrecen beneficios prometedores para la reducción de los síntomas. Sin embargo, también señalaron la necesidad de estudios más amplios y de mejor calidad metodológica.

El protocolo de Amsallem et al.²⁷, junto con estudios previos como los de Attali et al.²³ y Florance et al.²¹, subraya la creciente evidencia a favor de la osteopatía como una intervención eficaz para el SII. Teniendo en cuenta sus efectos sobre el sistema nervioso autónomo y el dolor, existe una lógica biológica que podría justificar la OMT como terapia complementaria para el SII, que responde además al estrés^{29,30,31,32}.

Aunque las intervenciones manuales como la osteopatía han mostrado ser eficaces para algunos pacientes, la revisión de Wilkens et al.³³ sugiere que estos efectos no siempre son replicables en estudios controlados con mayor rigor. Por ello, el protocolo de Amsallem et al.²⁷ podría proporcionar datos más concluyentes y sentar las bases para una mejor integración de la osteopatía en el tratamiento estándar del SII.

CONCLUSIONES

La OMT es un tratamiento potencial seguro y no invasivo y puede implementarse en el programa de tratamiento de pacientes con SII debido a su eficacia en disfunciones intestinales mecánicas, vasculares y neurológicas. La mayoría de los estudios sostienen la falta tanto en canti-

dad como en calidad de evidencia científica en el abordaje con terapia manual osteopática en el síndrome de intestino irritable.

AGRADECIMIENTOS

El autor desea manifestar su gratitud a la Prof. y Lic. Lucia Inés Pastore por sus valiosas contribuciones en la elaboración del presente estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara que no existen conflictos de intereses asociados a esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lacy B, Pimentel M, Brenner D. *ACG clinical guideline: management of irritable bowel syndrome*. Am J Gastroenterol. 2021;116(1): 17-44.
2. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. *Functional bowel disorders*. Gastroenterology. 2006;130(5):1480-91.
3. Lee OY, Mayer EA, Schmulson M, Chang L, Naliboff B. *Gender-related differences in IBS symptoms*. Am J Gastroenterol. 2001;96(7):2184-93.
4. Wilson S, Roberts L, Roalfe A, Bridge P, Singh S. *Prevalence of irritable bowel syndrome: A community survey*. Br J Gen Pract. 2004;54(504):495-502.
5. Camilleri M, Choi MG. *Review article: irritable bowel syndrome*. Aliment Pharmacol Ther. 1997; 11(1):3-15.
6. Jones R, Lydeard S. *Irritable bowel syndrome in the general population*. BMJ. 1992; 304(6819):87-90.
7. Brun-Strang C, Dapoigny M, Lafuma A, Wainsten JP, Fagnani F. *Irritable bowel syndrome in France: Quality of life, medical management, and costs: The encoli study*. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2007;19(12):1097-103.
8. Amouretti M, Le Pen C, Gaudin AF, Bommelaer G, Frexinos J, Ruszniewski P, et al. *Impact of irritable bowel syndrome (IBS) on healthrelated quality of life (HRQOL)*. Gastroenterol Clin Biol. 2006;30(2):241-46.

9. Oka P, Parr H, Barberio B. *Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis*. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020;5(10): 908-17.
10. Knights D, Lassen KG, Xavier RJ. *Advances in inflammatory bowel disease pathogenesis: linking host genetics and the microbiome*. *Gut*. 2013; 62(10):1505-10.
11. Vivinus-Nébot M, Frin-Mathy G, Bziouche H, Dainese R, Bernard G, Anty R, et al. *Functional bowel symptoms in quiescent inflammatory bowel diseases: role of epithelial barrier disruption and low-grade inflammation*. *Gut*. 2014; 63(5):744-52.
12. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. *Management of functional somatic syndromes*. *The Lancet*. 2007;369(9565):946-55.
13. Whorwell PJ. *Behavioral therapy for IBS*. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*. 2009;6(3):148-9.
14. Zijdenbos IL, de Wit NJ, van der Heijden GJ, Rubin G, Quartero AO. *Psychological treatments for the management of irritable bowel syndrome*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;21(1): CD006442.
15. Buckley MM, O'Mahony SM, O'Malley D. *Convergence of neuro-endocrine-immune pathways in the pathophysiology of irritable bowel syndrome*. *World J Gastroenterol*. 2014;20(27):8846-58.
16. Mulak A, Bonaz B. *Irritable bowel syndrome: A model of the brain-gut interactions*. *Med Sci Monit*. 2004;10(4):55-62.
17. Hundscheid HW, Pepels MJ, Engels LG, Loffeld RJ. *Treatment of irritable bowel syndrome with osteopathy: Results of a randomized controlled pilot study*. *J Gastroenterol Hepatol*. 2007;22(9):1394-98.
18. Müller A, Franke H, Resch KL, Fryer G. *Effectiveness of osteopathic manipulative therapy for managing symptoms of irritable bowel syndrome: A systematic review*. *J Osteopath Med*. 2014;114(6):470-79.
19. Bagagiolo D, Rosa D, Borrelli F. *Efficacy and safety of osteopathic manipulative treatment: An overview of systematic reviews*. *BMJ Open*. 2022;12(4): e053468.
20. Müller A, Salomon J, Stiedl M. *Osteopathy as a promising short-term strategy for irritable bowel syndrome: randomized controlled trial*. German academy of osteopathy: Rohrdorf, Germany, 2002.
21. Florance BM, Frin G, Dainese R, Nébot-Vivinus MH, Barjoan EM, Marjoux S, Laurens J.-P, Payrouse JL, Hébuterne X, Piche T. *Osteopathy improves the severity of irritable bowel syndrome: A pilot randomized sham-controlled study*. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2012;24(8):944-49.
22. Liyang Xing, Liuxin Qu, Hong Chen, Song Gao. *A clinical observation of irritable bowel syndrome treated by traditional Chinesespinal orthopedic manipulation*. *Complement Ther Medicine*. 2013;21(6):613-17.
23. Attali TV, Bouchoucha M, Benamouzig R. *Treatment of refractory irritable bowel syndrome with visceral osteopathy: Short-term and long-term results of a randomized trial: Visceral osteopathy & IBS*. *J Dig Dis*. 2013;14(12):654-61.
24. Piche T, Pishvaie D, Tirouvaziam D, Filippi J, Dainese R, Tonohouhan M, DeGalleani L, Nébot-Vivinus MH, Payrouse JL, Hébuterne X. *Osteopathy decreases the severity of IBS-like symptoms associated with Crohn's disease in patients in remission*. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2014;26(12):1392-98.
25. EL-Din Hammam EE, Abdelaziz Sayed A, Abdelkader AF. *Effect of visceral mobilization on abdomino-phrenic dyssynergia in irritable bowel syndrome patients*. *Egypt J Hosp Med*. 2022;89(2):6568-73.
26. Urrútia G, Bonfill X. *Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis*. *Med Clin*. 2010;135(11): 507-11.
27. Amsallem F, Sanchez S, Armoiry X, Mion F. *Effectiveness of non-pharmacological interventions for irritable bowel syndrome: A systematic review*. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2021;2021:4404185.
28. Amsallem F, Sanchez S, Mion F. *Osteopathy in the treatment of irritable bowel syndrome symptoms in adults: study protocol for a randomized controlled trial*. *Int J Clin Trial*. 2022 May;9(2):123-128.
29. Henley CE, Ivins D, Mills M, Wen FK, Benjamin BA. *Osteopathic manipulative treatment and its relationship to autonomic nervous system activity as demonstrated by heart rate variability: A repeated measures study*. *Osteopath. Med Prim Care* 2008;(2):7.

30. Schaub N, Degen L. *Funktionelle Diarrhoe—Pathophysiologie, Abklärung und Therapie*. Ther. Umsch. 2014;71(9): 551–558.
31. Carnevali L, Lombardi L, Fornari M, Sgoifo A. *Exploring the Effects of Osteopathic Manipulative Treatment on Autonomic Function through the Lens of Heart Rate Variability*. Front Neurosci. 2020;(14), 579365.
32. Qin HY, Cheng CW, Tang XD, Bian ZX. *Impact of psychological stress on irritable bowel syndrome*. World J Gastroenterol. 2014;20(39): 14126–14131.
33. Wilkens J, Heinecke A, Plaul D, Witzleb U, Plauermann A, Wilke J, et al. *A randomized controlled trial on the effectiveness of osteopathic treatment in patients with irritable bowel syndrome*. J Gastroenterol Hepatol. 2019;34(2):277–282.

VOLVER A SUMARIO

[REVISIÓN SISTEMÁTICA] EFECTOS DEL TRATAMIENTO OSTEOPÁTICO EN LAS DISFUNCIONES TEMPOROMANDIBULARES

Francisco José Lobato González (PT, DO)¹

Recibido el 30 de junio de 2024; aceptado el 18 de agosto de 2024.

Introducción: Los trastornos temporomandibulares (TMD) se refieren a las causas responsables del deterioro de la función de las articulaciones temporomandibulares (ATM) y del sistema neuromuscular asociado. La etiología es multifactorial y comprende factores locales, psicológicos y sociales. Los signos y síntomas principales son dolor intenso, rango de movimiento limitado y presencia de sonidos de la ATM. Según los criterios diagnósticos (DC/TMD) axis I, los TMD podrían dividirse en trastornos intraarticulares o trastornos musculares.

Objetivos: Analizar y comparar la efectividad del tratamiento osteopático en las regiones dorsal alta, cervical y mandibular en pacientes con TMD.

Material y métodos: Siguiendo la declaración PRISMA, se realizó una revisión sistemática en las siguientes bases de datos: PubMed, Lilacs y PEDro. Se incluyeron ensayos clínicos sobre la eficacia del tratamiento osteopático aislado o combinado en región dorsal alta, cervical o mandibular publicados en los últimos 15 años y con una

puntuación en la escala PEDro de al menos 5 puntos. Se excluyeron estudios en los que el tratamiento osteopático se aplique junto al farmacológico y aquellos que no especifican las técnicas manuales aplicadas.

Resultados: Atendiendo a los 14 ECAs revisados, la manipulación torácica alta parece no tener ningún efecto. Tanto el tratamiento osteopático de la columna cervical alta como el tratamiento miofascial y osteopático de la región mandibular favorecen la disminución del dolor, la discapacidad y una mejora del ROM. Además, añadir técnicas osteopáticas a un programa de ejercicio y educación terapéutica favorecen mejoras en la función mandibular y la calidad de vida.

Conclusiones: El tratamiento osteopático de la región cervical y mandibular es beneficioso para los pacientes con TMD. Sin embargo, el tratamiento de la región torácica alta parece no tener ningún efecto. Se considera recomendable seguir trabajando sobre esta línea de investigación, ya que hay pocos artículos de calidad que analicen la influencia de la osteopatía en sujetos con TMD.

PALABRAS CLAVE

- › Disfunción temporomandibular
- › Manipulación osteopática
- › Desordenes cráneo-mandibulares
- › Terapia manual

VOLVER A SUMARIO

Autor de correspondencia: fcolobato16@gmail.com
(Francisco José Lobato González)
ISSN on line: 2173-9242
© 2025 – Eur J Ost Rel Clin Res - All rights reserved
www.europeanjournalosteopathy.com
info@europeanjournalosteopathy.com

¹ Clínica Vitalia (Arahal) / Centro de Podología y Fisioterapia Parrilla (Sevilla)

INTRODUCCIÓN

La articulación temporomandibular (ATM) es la articulación más utilizada del cuerpo y permite una amplia gama de movimientos necesarios para la masticación, la deglución y la comunicación¹.

Los trastornos temporomandibulares (TMD) se refieren a las causas responsables del deterioro de la función de la ATM y del sistema neuromuscular asociado². Este término es generalmente utilizado para describir una gran variedad de síntomas que incluyen dolor relacionado con los músculos y las articulaciones, disminución de la movilidad de la mandíbula, dolores de cabeza, tinnitus, rigidez, fatiga u otros posibles síntomas asociados³.

Los TMD son un importante problema de salud pública que afecta aproximadamente del 5 al 12% de la población general y se consideran la causa más común de dolor crónico de origen no dental en el área orofacial⁴. Afecta a las mujeres con más frecuencia que a los hombres y es más común en la edad fértil (20 a 40 años)⁵.

La etiología del TMD es multifactorial e incluye desencadenantes biológicos, ambientales, sociales, emocionales y cognitivos⁶. Comprende factores locales como traumatismos, cambios oclusales, parafunciones orales y sobrecarga articular que conducen a trastornos internos de la ATM y los músculos de la masticación⁷, junto con factores psicológicos (depresión, ansiedad, síndrome de estrés postraumático o somatización) y factores sociales⁸. La oclusión anormal, la falta de dientes y los trastornos de la columna cervical desempeñan un papel importante en el desarrollo del TMD⁹.

Los tres signos y síntomas principales son dolor intenso en ATM y que puede extenderse a un lado del cuero cabelludo, la nuca o el cuello, rango de movimiento limitado y presencia de sonidos de la ATM (chasquido, crepitación o bloqueo)⁵. Otros síntomas reportados incluyen cefalea tensional, dolor de cuello y espalda, y angustia psicosocial, como depresión y ansiedad⁵. Los síntomas otológicos incluyen otalgia, tinnitus, plenitud auditiva, vértigo y discapacidad auditiva subjetiva¹⁰.

El diagnóstico de la disfunción de la ATM deriva de la evaluación de signos y síntomas. Los sistemas de clasificación diagnóstica más utilizados y citados son los Criterios Diagnósticos para los Trastornos Temporomandibulares (DC/TMD) y la clasificación de la Academia Americana del Dolor Orofacial (AAOP)¹¹.

El DC/TMD comprende dos dominios; un Axis I físico (diagnóstico) que evalúa la localización del dolor, las limitaciones del movimiento de la mandíbula, el dolor por el movimiento, los ruidos de la ATM y el dolor a la palpación de los músculos masticatorios y la ATM y un Axis II que evalúa el estado psicosocial¹².

Según los DC/TMD Axis I, los TMD podrían dividirse en: trastornos intraarticulares (incluyendo desplazamiento discal, artralgia, artritis y artrosis) y trastornos musculares (Mialgia local, dolor miofascial y dolor miofascial referido)¹³.

Los objetivos principales en el manejo de los TMD son: disminuir el dolor, aumentar la función de la ATM y reducir el espasmo/dolor reflejo de los músculos masticatorios¹³.

La evidencia respalda el uso de un enfoque interdisciplinario en pacientes con TMD para obtener mejores resultados. Al tratarse de una patología con una etiología multifactorial, el tratamiento a menudo debe ser realizado por varios especialistas: dentista, osteópata, fisioterapeuta, psicólogo, logopeda, especialista en trastornos del sueño y terapeuta del dolor¹⁴.

Debido a la complejidad de los TMD y al comportamiento multifactorial, la literatura sugiere aplicar un tratamiento multimodal, combinando terapias conservadoras como ejercicio terapéutico, educación terapéutica, terapias cognitivo-conductuales, terapia manual y terapia con láser con terapias invasivas como la punción seca¹⁵.

El objetivo desde el punto de vista osteopático de esta revisión sistemática es valorar y comparar la eficacia del tratamiento osteopático en las regiones dorsal alta, cervical y de forma más específica en la propia región mandibular en pacientes con TMD.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se ha realizado revisión sistemática donde la búsqueda va a estar limitada a la revisión de artículos de tipo ECAs (ensayos clínicos aleatorizados). Para ello, se va a realizar una revisión de las siguientes bases de datos: PubMed, Lilacs y PEDro. Los términos MeSH utilizados fueron los siguientes: “*Temporomandibular disorders, manual therapy, manipulation, Musculoskeletal manipulation, osteopathic medicine, osteopathic treatment, spinal manipulation, osteopath**”.

Criterios de selección

Fueron incluidos ensayos clínicos aleatorizados sobre la eficacia del tratamiento osteopático aislado o combinado con otras técnicas de fisioterapia a nivel de dorsales altas, cervicales o región mandibular en sujetos con TMD, publicados en los últimos 15 años, con una puntuación en la escala PEDro de al menos 5 puntos y publicados en inglés, español, portugués.

Se excluyeron aquellos estudios en los que el tratamiento osteopático se aplique conjuntamente al tratamiento farmacológico, estudios duplicados, artículos que no especifican las técnicas manuales aplicadas y ensayos que informaron antecedentes de síndrome de Eagle, cirugía en el área crá-

neo-mandibular, enfermedades reumáticas y otras comorbilidades graves (p. ej., enfermedades neurológicas, cáncer).

RESULTADOS

Se encontraron un total de 460 estudios a través de la búsqueda previa en todas las bases de datos; Se excluyeron los 47 registros duplicados y nos quedamos con un total de 413 estudios. Los 413 artículos fueron sometidos a un cribado mediante la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, y la posterior lectura del título y resumen, quedando así 14 artículos para el análisis de los resultados y la discusión. El proceso de selección tras la búsqueda realizada se encuentra detallado en la Figura 1.

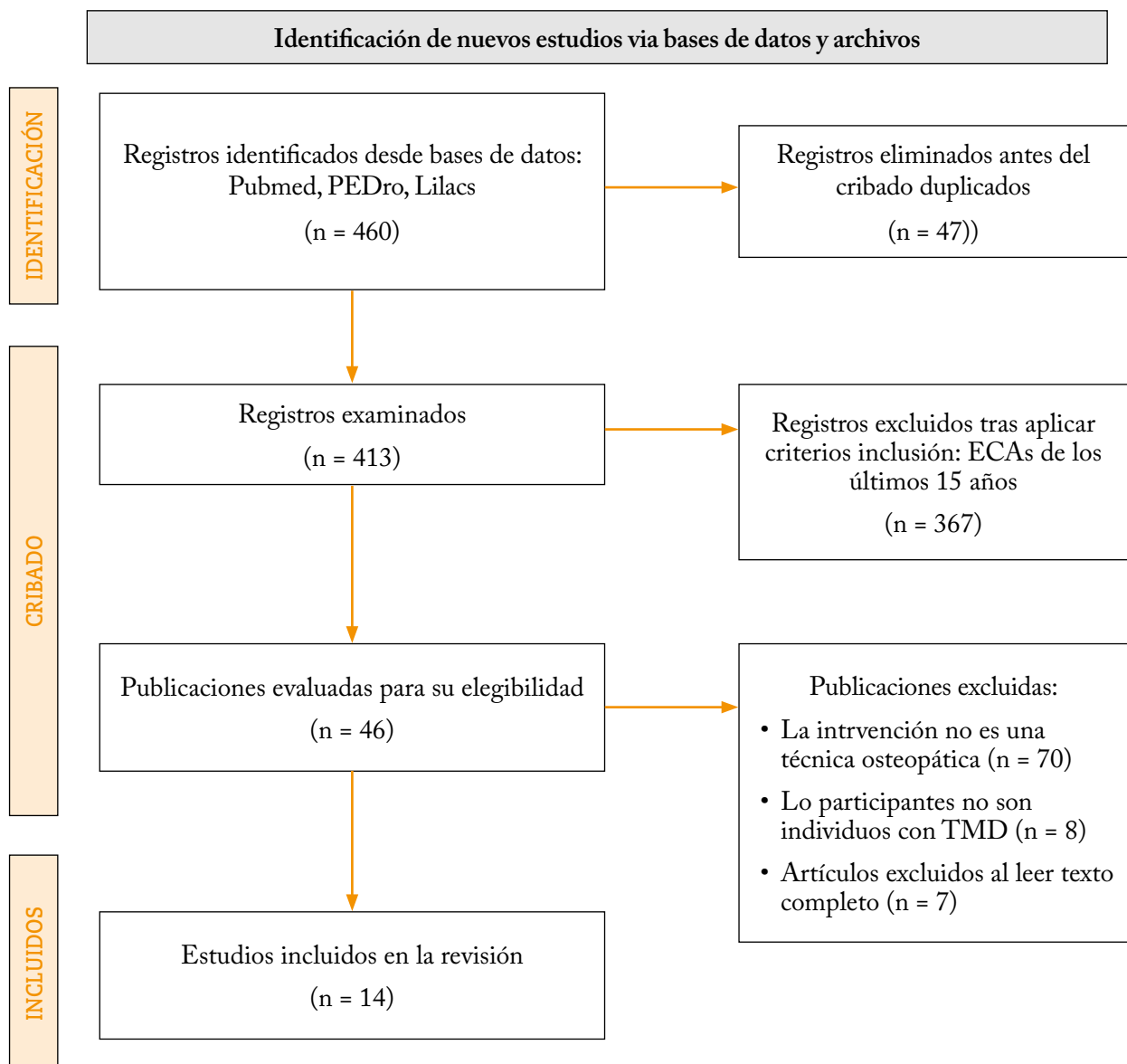


Figura 1. Diagrama de flujo de la estrategia de búsqueda según PRISMA.

DISCUSIÓN

Los ensayos clínicos incluidos en esta revisión sistemática analizan los efectos de diferentes técnicas osteopáticas como la manipulación de la charnela occipito-atlo-axoidea, movilización de cervicales altas, la manipulación de T1, técnicas de liberación miofascial ATM o intraorales, manipulación mandibular, osteopatía craneal e inhibición suboccipital.

El total de los pacientes incluidos en los estudios fue 726, Las edades de los participantes oscilaban entre los 18 y 65 años. La calidad metodológica de los artículos ha sido evaluada con la escala PEDro y en todos ellos la puntuación es igual o superior a 5.

Para cuantificar los efectos, se utilizaron como variables el dolor, la amplitud de movimiento (ROM) ATM y cervical, actividad eléctrica de los músculos masticadores, la discapacidad y función mandibular o la calidad de vida.

Los resultados obtenidos tras la realización de la revisión sistemática de los artículos seleccionados muestran que la manipulación torácica alta parece no tener ningún efecto en pacientes con TMD.

La manipulación de la charnela occipito-atlo-axoidea y la inhibición suboccipital producen un aumento inmediato de la apertura de la boca y equilibran la actividad de los músculos masticadores. Además, tanto la manipulación cervical alta como la movilización cervical alta juegan un papel importante en el tratamiento del dolor y la disfunción en presencia de TMD mediante la interrupción de los efectos nociceptivos de la convergencia trigémino-cervical.

El masaje de los músculos masticatorios y las técnicas miofasciales intraorales producen un aumento del ROM a la apertura de la boca activa y mejoran el dolor en la ATM. La eficacia de la manipulación mandibular parece limitada, excepto en la limitación de la apertura de la boca después del tratamiento en la primera visita donde si se aprecia una mejora.

Por otro lado, también tenemos resultados de los efectos de técnicas osteopáticas combinadas con otras técnicas de fisioterapia como la educación o el ejercicio terapéutico que favorecen las mejoras en ROM, intensidad del dolor, la función mandibular y la calidad de vida.

La tabla 1 muestra la síntesis de los distintos estudios revisados.

El principal objetivo de esta revisión era conocer y comparar la eficacia según la bibliografía existente del tratamiento osteopático en las regiones dorsal alta, cervical y en la propia región mandibular. Se mostraron resultados positivos con la aplicación de tratamiento osteopático para la TMD.

En relación a la evaluación, en la mayoría de los estudios de esta revisión se evalúa la apertura máxima de la boca a través del pie de rey y la intensidad del dolor mediante escala EVA a excepción de los estudios de Corum et al.²⁶ y Nagata et al.²² que la evalúan mediante la Escala calificación numérica (NSR). Del componente muscular se evalúa en diferentes estudios el umbral de dolor a la presión (UDP)^{17,21,24,26,29} a través del algómetro y la actividad eléctrica^{16,20} de los músculos masticatorios a través de electromiografía. La función mandibular es evaluada en los estudios de Calixtre et al.¹⁷ mediante el Cuestionario de deterioro de la función mandibular (MFIQ) y de Reynolds et al.²⁵ mediante Escala de limitación funcional de la mandíbula (JFLS). La discapacidad relacionada con TMD es evaluada en el estudio de Delgado De la Serna et al.¹⁸ mediante Craniofacial Pain and Disability Inventory (CF-PDI) y la severidad del TMD es evaluada en el estudio de Gesslbauer et al.²⁸ mediante Índice Helkimo. La calidad de vida se evalúa en los estudios de Corum et al.²⁶ y de Gesslbauer et al.²⁸ a través del Cuestionario de salud SF-36.

Los resultados obtenidos tras la realización de la revisión sistemática muestran que la manipulación de T1 parece no tener ningún efecto sobre la apertura vertical de la boca, la actividad de los músculos masticatorios ni la reducción del dolor según los artículos de Packer et al.^{16,21}. Pudiera ser quizás porque se evalúa sólo la manipulación vertebral o porque son grupos muy pequeños.

En la región cervical, se aportan en la revisión estudios que evalúan la eficacia del tratamiento osteopático aislado de la región cervical alta y también tenemos otros artículos que evalúan la eficacia de la terapia manual de la región cervical combinadas con otras técnicas de fisioterapia como el ejercicio o la educación terapéutica. Las técnicas osteopáticas evaluadas en estos artículos son la manipulación de la charnela occipito-atlo-axoidea, la inhibición suboccipital y la movilización cervical alta.

AUTOR / AÑO / PUNTUACIÓN ESCALA PEDRO	MUESTRA	EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIÓN
Packer et al. ¹⁶ (2015) PEDro = 7/10	32 mujeres Edad media: 24.78 ± 5.41 años	Electromiografía y regla	<ul style="list-style-type: none"> • G1: 16 pacientes. Manipulación T1 • G2: 16 pacientes. Placebo (falsa manipulación) 1 sola sesión de manipulación de T1	<ul style="list-style-type: none"> • No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las comparaciones de VMO mandibular o actividad electromiográfica de los músculos masticatorios en reposo o durante la contracción isométrica de los músculos elevadores mandibulares ($p>0,05$). 	<ul style="list-style-type: none"> • La manipulación sobre T1 parece no tener ningún efecto sobre la apertura vertical de la boca y la actividad electromiográfica de los músculos masticatorios
Calixtre et al. ¹⁷ (2019) PEDro = 8/10	61 mujeres 18-40 años	<ul style="list-style-type: none"> • Escala EVA. • Umbral dolor por presión (algómetro digital). • Prueba de impacto del dolor de cabeza (HIT-6). • Cuestionario de deterioro de la función mandibular (MFIQ) 	<ul style="list-style-type: none"> • GE: 30 pacientes. Movilizaciones cervicales altas y ejercicios de estabilización y control motor del cuello. • GC: 31 pacientes. Ninguna intervención 10 sesiones de fisioterapia. 2 veces x5 semanas 15-20min	<ul style="list-style-type: none"> • La intensidad del dolor mostró una interacción significativa entre el tiempo y el grupo ($p<0,05$), con diferencias significativas entre los grupos a las cuatro y cinco semanas ($p<0,05$). • La disminución del dolor orofacial a lo largo del tiempo fue clínicamente relevante sólo en el GI • El cambio en el impacto del dolor de cabeza fue significativamente diferente entre los grupos, y el GI mostró una disminución clínicamente relevante después del tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres con TMD informaron una disminución significativa en el dolor orofacial y el impacto del dolor de cabeza después de 5 semanas de tratamiento dirigido a la columna cervical superior en comparación con un GC.
Delgado De la Serna et al. ¹⁸ (2020) PEDro = 8/10	61 pacientes 18-65 años	<ul style="list-style-type: none"> • Intensidad del dolor de la ATM. • Inventario de discapacidad por tinnitus. • Discapacidad relacionada con trastornos de la ATM. • Inventario de depresión de Beck (BDI-II) • Rango de articulación mandibular. 	<ul style="list-style-type: none"> • G1: 30 pacientes. Ejercicio + Educación • G2: 31 pacientes. Ejercicio + Educación + Terapia manual ATM y músculos cervicales y masticatorios 6 sesiones de fisioterapia de 30min durante 1 mes	<ul style="list-style-type: none"> • En el grupo de ejercicio/educación + terapia manual para el dolor por TMD ($p=0,153$), gravedad del Tinnitus ($p=0,233$), THI ($p=0,501$), CF-PDI ($p=0,395$), BDI-II ($p=0,194$), PPT ($0,363<p<0,415$) y rango de movimiento ($p=0,350$), pero cambios similares para el SF-12 ($p=0,622$, g 2 $p=0,01$) en el grupo de ejercicio/educación únicamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia manual cervico-mandibular en combinación con ejercicio/educación produjo mejores resultados que la aplicación de ejercicio/educación sola en personas con Tinnitus atribuido a la ATM ($p<0,001$).

AUTOR / AÑO / PUNTUACIÓN ESCALA PEDRO	MUESTRA	EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIÓN
De Paula Gomes et al. ¹⁹ (2014) PEDro = 7/10	42 sujetos: 28 sujetos con TMD + 14 sin TMD 18-40 años	• ROM mandibular (Pie de rey digital)	• G1: masaje músculos masticatorios. 3 sesiones/ semana de 30min durante 4 semanas • G2: férula oclusal durante 4 semanas • G3: grupo control. No intervención	• Se encontraron aumentos significativos en el ROM para todas las medidas tanto en el grupo de masaje como en el de férula oclusal ($p < 0,05$). • Efecto clínico de pequeño a moderado del tratamiento con férula oclusal con respecto a la excursión lateral derecha e izquierda en comparación con la terapia de masaje y los grupos de comparación asintomáticos ($0.2 < d < 0.5$).	• El masaje en los músculos masticatorios y el uso de una férula oclusal conducen a un aumento en el ROM mandibular similar al del grupo de comparación asintomático con respecto a la apertura bucal activa máxima y la excursión tanto hacia la derecha como hacia la izquierda en individuos con TMD.
Bortolazzo et al. ²⁰ (2015) PEDro = 5/10	10 mujeres 20-37 años	• Electromiografía de superficie (actividad eléctrica músculos masticadores) y ROM apertura boca (Pie de rey digital)	• GE: 5 mujeres. Manipulación cervical alta • GC: 5 mujeres. Grupo placebo. Maniobra sin efecto terapéutico Se aplicaron 5 intervenciones para ambos grupos una vez por semana	• Interacción significativa grupo \times tiempo ($p < 0,05$) en el RMS EMGn de los músculos temporales derecho e izquierdo, en reposo, así como para todos los músculos masticatorios durante la contracción isométrica máxima de elevación y depresión de la mandíbula. • Aumento significativo ($p < 0,05$) y un alto resultado del tratamiento en la apertura de la boca en el GE.	• La manipulación cervical alta demostró equilibrar el RMS EMGn de los músculos masticatorios y aumentar ROM de la apertura de la boca en mujeres con TMD miogénica.
Packer et al. ²¹ (2014) P=8/10	32 mujeres 18-40 años	• Evaluación del dolor en los músculos masticatorios y la ATM (algómetro y la escala EVA)	• G1: 16 mujeres. Manipulación dorsal alta • G2: 16 mujeres. Grupo placebo. Intervención región torácica sin efecto terapéutico 1 sola sesión de manipulación dorsal alta	• No interacción significativa grupo \times tiempo ($P > 0,05$) para la algometría en ningún análisis. • No interacción significativa grupo \times tiempo para la intensidad del dolor facial determinada mediante la escala visual analógica ($p > 0,05$)	• La manipulación torácica alta no produce una reducción del dolor en mujeres con TMD

AUTOR / AÑO / PUNTUACIÓN ESCALA PEDRO	MUESTRA	EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIÓN
Nagata et al. ²² (2019) PEDro = 7/10	61 sujetos	<ul style="list-style-type: none"> • Apertura de la boca (calibrador), • Dolor orofacial y sonidos ATM (escala de calificación numérica (NRS) autoinformada) 	<ul style="list-style-type: none"> • G1: 30 pacientes. Tratamiento convencional (2 tipos autoejercicios + tratamiento Cognitivo-conductual bruxismo + educación) • G2: 31 pacientes. Tratamiento convencional + manipulación mandibular 	<ul style="list-style-type: none"> • No diferencias estadísticas entre los dos grupos de tratamiento, excepto la limitación de la apertura de la boca después del tratamiento en la primera visita. 	<ul style="list-style-type: none"> • La eficacia de la manipulación parece limitada, y una mejor ejecución de los ejercicios terapéuticos tiene un efecto similar al de la manipulación durante la observación a largo plazo.
Kalamir et al. ²³ (2012) PEDro = 7/10	93 sujetos 18-50 años	<ul style="list-style-type: none"> • ROM con pie de rey. • Puntuación de dolor (escala dolor crónico graduada autoinformada de 11 puntos). • Informe global del cambio (7-point self-reported scale) 	<ul style="list-style-type: none"> • G1: técnicas miofasciales intraorales. 2 sesiones/semana durante 5 semanas • G2: técnicas miofasciales intraorales + educación + ejercicios autocuidado • G3: No tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Diferencias estadísticamente significativas en el dolor en reposo, al abrir y apretar, las puntuaciones de apertura y el informe global del cambio ($P < 0,05$) en ambos grupos de tratamiento a los 6 meses y 1 año. • Diferencias significativas entre los 2 grupos de tratamiento al año 	<ul style="list-style-type: none"> • El estudio sugiere que tanto las técnicas miofasciales intraorales (G1) como las técnicas intraorales + educación + ejercicio (G2) fueron superiores a ningún tratamiento para el TMD miógeno crónico en el transcurso de 1 año, y el G2 también fue superior al G1 al cabo de 1 año.
Oliveira-Campelo et al. ²⁴ (2010) PEDro = 7/10	122 sujetos 18-30 años	<ul style="list-style-type: none"> • Apertura activa boca (Pie de Rey universal) • Umbral dolor por presión masetero y temporal (Algómetro) 	<ul style="list-style-type: none"> • G1: thrust atlanto-occipital • G2: inhibición suboccipital • G3: No intervención <p>1 sesión de tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios significativos en los umbrales de dolor por presión en PG latentes de los músculos masetero ($p=0,01$) y temporal ($p= 0,003$) y en la apertura activa de la boca ($p = 0,001$) en los grupos de manipulación e inhibición suboccipital. • Los efectos entre ambos grupos fueron pequeños 	<ul style="list-style-type: none"> • La aplicación de una manipulación atlanto-occipital o una técnica de inhibición suboccipital condujo a un aumento inmediato de los umbrales de dolor por presión sobre los PG latentes en los músculos masetero y temporal y a un aumento de la apertura bucal activa máxima.

AUTOR / AÑO / PUNTUACIÓN ESCALA PEDRO	MUESTRA	EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIÓN
Reynolds et al. ²⁵ (2020) PEDro = 8/10	50 sujetos 18-65 años	<ul style="list-style-type: none"> • Apertura máxima boca (Pie de rey). • Intensidad dolor orofacial (Escala EVA). • Escala de limitación funcional de la mandíbula (JFLS) • Escala de Kinesiofobia de Tampa para TMD (TSK-TMD). • Calificación global de cambio (GROC). 	<ul style="list-style-type: none"> • G1: 25 sujetos. thrust cervical + educación y ejercicio • G2: 25 sujetos. falsa manipulación + educación y ejercicio <p>1 sesión/semana durante 4 semanas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No cambios significativos para la apertura máxima de la boca, la escala EVA o las medidas secundarias. • Hubo interacciones bidireccionales significativas para JFLS (d=0,60) y TSK-TMD (d = 0,80). El grupo de thrust cervical tuvo menos miedo a las 4 semanas y mejoró la función de la mandíbula antes (1 semana). El GROC favoreció al grupo de thrust cervical, observándose diferencias significativas en los resultados exitosos inmediatamente después del tratamiento inicial y a las 4 semanas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambos grupos mejoraron con el tiempo, sin embargo, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas • Hubo diferencias significativas entre los grupos para JFLS, TSK-TMD y GROC • El efecto clínico de la manipulación cervical a la atención estándar aún no está claro para el tratamiento de la ATM.
Corum et al. ²⁶ (2018) PEDro = 5/10	60 mujeres 18-50 años	<ul style="list-style-type: none"> • Intensidad dolor mandibular (Escala calificación numérica (NSR)) • UDP masetero y temporal (algómetro) • Apertura máxima boca sin dolor (pie de rey) • Calidad de vida (SF-36) 	<ul style="list-style-type: none"> • G1: 20 pacientes. manipulación cervical + ejercicios cuello • G2: 20 pacientes. Falsa manipulación + ejercicios cuello • G3: 20 pacientes. Educación <p>6 sesiones de tratamiento. 1 vez semana durante 6 semanas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La NRS mostró una diferencia significativa en el G1 en comparación con G2 y G3 después del tratamiento. No diferencias entre grupos al mes de seguimiento • Los cambios de PPT, excepto para el masetero derecho-M2 y el temporal derecho, fueron significativos en el G1 en comparación con G2 y G3 en cada momento. • Cambios significativamente mayores en el MMO sin dolor en G1 y G2 en comparación con G3 después del tratamiento. • Las puntuaciones de PCS y MCS aumentaron significativamente en G1 y G2 en comparación con G3 después del tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • La manipulación cervical alta juega un papel importante en el tratamiento del dolor y la disfunción en presencia de TMD mediante la interrupción de los efectos nociceptivos de la convergencia trigémino-cervical.
Rezaie et al. ²⁷ (2022) PEDro = 7/10	30 pacientes 18-50 años	<ul style="list-style-type: none"> • Intensidad dolor mandíbula (Escala EVA) • Apertura boca máxima (Pie de Rey) • ROM flexión y extensión cervical (Goniómetro) 	<ul style="list-style-type: none"> • GI: 15 pacientes. Terapia manual ATM y cervicales altas + rutina tratamiento • GC: 15 pacientes. Tratamiento convencional <p>10 sesiones tratamiento durante 8 semanas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interacción significativa grupo x tiempo para dolor, apertura máxima boca y ROM flexión cervical (p<0,001). • Diferencias clínicas significativas entre los 2 grupos después del tratamiento. El GI tuvo menor dolor en la mandíbula, más MMO y flexión cervical que el GC (p<0,001). 	<ul style="list-style-type: none"> • Añadir terapia manual ATM y columna cervical alta a una rutina de tratamiento podría ser una intervención efectiva en pacientes con TMD

AUTOR / AÑO / Puntuación ESCALA PEDRO	MUESTRA	EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIÓN
Gesslbauer et al. ²⁸ (2016) PEDro = 7/10	40 mujeres 18-55 años	<ul style="list-style-type: none"> Intensidad dolor (Escala EVA) Severidad TMD (Índice Helkimo) Calidad de vida (Encuesta de Salud SF-36) 	<ul style="list-style-type: none"> G1: 20 mujeres. Tratamiento manipulativo osteopático. G2: 20 mujeres. Osteopatía craneal. <p>5 sesiones de 30 min de tratamiento 1 vez a la semana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Los pacientes de ambos grupos mostraron una reducción significativa en la puntuación de la escala EVA, el índice de Helkimo y una mejora significativa en la Encuesta de Salud SF-36 después de cinco tratamientos. Todos los sujetos mostraron mejoras significativas después de cinco tratamientos en: puntuación de la escala EVA ($p < 0,001$), índice de Helkimo ($p < 0,001$), encuesta de salud SF-36 ($p = 0,001$). 	<ul style="list-style-type: none"> Ambas modalidades terapéuticas tuvieron resultados clínicos similares. Los hallazgos de este estudio respaldan el uso del tratamiento de manipulación osteopática y la osteopatía craneal como una modalidad de tratamiento eficaz en pacientes con TMD.
La Touche et al. ²⁹ (2013) PEDro = 9/10	32 pacientes Edad media 34 años	<ul style="list-style-type: none"> Intensidad Dolor (Escala EVA) Umbral Dolor por presión craneofacial y cervical (Algómetro digital) Variabes del SN simpático (conductancia de la piel, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y temperatura de la piel) 	<ul style="list-style-type: none"> GE= Movilización cervical alta: 3 sesiones durante 2 semanas. GP = falsa movilización. 	<ul style="list-style-type: none"> Los umbrales de dolor por presión en las regiones craneofacial y cervical aumentaron significativamente ($P < 0,001$) y la intensidad del dolor disminuyó significativamente ($p < 0,001$) en el grupo de tratamiento en comparación con el placebo. La movilización cervical alta produjo una respuesta simpatoexcitatoria demostrada por un aumento significativo en la conductancia de la piel, la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardíaca ($p < 0,001$), pero no en la temperatura de la piel ($p = 0,071$), después de la aplicación de la técnica en comparación con el placebo. 	<ul style="list-style-type: none"> Efecto hipalgésico a corto plazo de la movilización cervical alta en regiones craneofaciales y cervicales de pacientes con dolor cervico-craneofacial de origen miofascial. La movilización cervical alta puede causar una modulación nociceptiva inmediata en el complejo trigémino cervical. También observamos una respuesta simpática excitatoria, que podría estar relacionada con el efecto hipalgésico inducido por la técnica, pero este aspecto debe ser confirmado en futuros estudios.

Abreviaturas: **GE:** grupo experimental; **GC:** grupo control; **VMO:** Apertura vertical boca; **UDP:** Umbral dolor presión; **NSR:** Escala calificación numérica; **THI:** Inventario de discapacidad por tinnitus; **CF-PDI:** Inventario de dolor y discapacidad craneofacial; **EVA:** Escala visual analógica del dolor; **ROM:** rango de movimiento; **RMS EMGn:** Reclutamiento de fibras musculares electromiografía de superficie; **PG:** Punto gatillo; **JFLS:** Escala de limitación funcional de la mandíbula; **TSK-TMD:** Kinesiofobia de Tampa para TMD; **GROC:** Calificación global de cambio; **MMO:** Apertura máxima boca; **PCS:** Componente sumario físico SF-36; **MCS:** Componente sumario mental SF-36.

Tabla 1. Resumen de los estudios incluidos en la revisión.

Tanto la manipulación como la movilización cervical alta juegan un papel importante en el tratamiento del dolor y la disfunción en presencia de TMD mediante la interrupción de los efectos nociceptivos de la convergencia trigémino-cervical (26,29). La manipulación atlanto-occipital o una técnica de inhibición suboccipital producen un aumento inmediato de la apertura de la boca y del UDP en masetero y temporal (20,24) mientras que el añadir la terapia manual cervical a un programa de ejercicio y educación terapéutica permite mejoras en ROM, intensidad del dolor, la función mandibular y la calidad de vida (17,18,25-27). Sería interesante seguir evaluando y estudiando si la terapia manual combinada con ejercicio y educación terapéutica hace que estos efectos terapéuticos se mantengan más a largo plazo.

En la región mandibular, las técnicas osteopáticas evaluadas en estos artículos son técnicas miofasciales extraorales e intraorales dirigidas a los músculos masticatorios y la manipulación osteopática mandibular. El masaje de los músculos masticatorios produce un aumento del ROM mandibular similar al uso de una férula oclusal con respecto a la apertura de la boca activa según el artículo de Paula Gomes et al. (19). La eficacia de la manipulación mandibular parece limitada, excepto en la limitación de la apertura de la boca después del tratamiento en la primera visita donde si se aprecia una mejora según el artículo de Nagata et al. (22). Las técnicas miofasciales intraorales mejoran el dolor en reposo, al abrir y apretar y el ROM mandibular en apertura de la boca. Además, si combinamos las técnicas intraorales con educación y ejercicios de autocuidado las mejoras serán superiores en el transcurso de un año según el artículo de Kalamir et al. (23).

En esta línea de las limitaciones de los estudios, en general obtuvieron una puntuación de más de 7 puntos en la escala PEDro, con tan sólo dos estudios (20,26) que obtienen 5 puntos en dicha escala. Los diferentes protocolos de tratamiento y el dispar número de sesiones aplicadas dificultan las posibles comparaciones. También habría que tener en cuenta la etiología multifactorial de este trastorno para evaluar los resultados. Este concepto no se tiene en cuenta en ninguno de los estudios.

CONCLUSIONES

Todos los tratamientos aplicados en esta revisión demuestran que el tratamiento osteopático de la región cervical y mandibular es beneficioso para los pacientes con trastornos

temporomandibulares. Sin embargo, el tratamiento de la región torácica alta parece no tener ningún efecto. Se considera recomendable seguir trabajando sobre esta línea de investigación, ya que hay pocos artículos de calidad que analicen la influencia de la osteopatía en sujetos con TMD.

CONFLICTO DE INTERESES

No existen conflictos de intereses asociados a esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lomas J, Gurgenci T, Jackson C, Campbell D. *Temporomandibular dysfunction*. Aust J Gen Pract. 2018;47(4):212-215.
2. Wieckiewicz M, Boening K, Wiland P, Shiao YY, Paradowska-Stolarz A. *Reported concepts for the treatment modalities and pain management of temporomandibular disorders*. J Headache Pain. 2015;16:1-12.
3. Fernández-de-las-Peñas C, Von Piekartz H. *Clinical reasoning for the examination and physical therapy treatment of temporomandibular disorders (TMD): a narrative literature review*. J Clin Med. 2020;9(11):1-21.
3. Valesan LF, Da-Cas CD, Réus JC, Denardin ACS, Garanhani RR, Bonotto D, et al. *Prevalence of temporomandibular joint disorders: a systematic review and meta-analysis*. Clin Oral Investig. 2021;25(2):441-53.
5. List T, Jensen RH. *Temporomandibular disorders: Old ideas and new concepts*. Cephalalgia. 2017;37(7):692-704.
6. Gauer RL, Semidey MJ. *Diagnosis and treatment of temporomandibular disorders*. Am Fam Physician. 2015;91(6):378-386.
7. Ohrbach R, Bair E, Fillingim RB, et al. *Clinical orofacial characteristics associated with risk of first-onset TMD: the OPPERA prospective cohort study*. J Pain. 2013;14(12 Suppl):T33-T50.
8. Fillingim RB, Ohrbach R, Greenspan JD, et al. *Psychological factors associated with development of TMD: the OPPERA prospective cohort study*. J Pain. 2013;14(12 Suppl):T75-T90.

9. Kubala E, Lietz-Kijak D, Strzelecka P, Wieczorek A, Skomro P, Gronwald H. *Multidisciplinary and nonpharmacological management of pain in temporomandibular disorders (TMDs)*. Pain Res Manag. 2022;2022.
10. Ramirez LM, Ballesteros LE, Sandoval GP. *Topical review: temporomandibular disorders in an integral otic symptom model*. Int J Audiol. 2008;47(4):215-227.
11. Peck CC, Goulet JP, Lobbezoo F, et al. *Expanding the taxonomy of the diagnostic criteria for temporomandibular disorders*. J Oral Rehabil. 2014;41(1):2-23.
12. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, et al. *Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the International RDC/TMD consortium network* and orofacial pain special interest group*. J Oral Facial Pain Headache. 2014;28(1):6-27.
13. Ferrillo M, Giudice A, Marotta N, Fortunato F, Venero DD, Ammendolia A, et al. *Pain management and rehabilitation for central sensitization in temporomandibular disorders: a comprehensive review*. Int J Mol Sci. 2022; 23(20):12164.
14. Saran S, Saccomanno S, Maria Teresa Petricca, Carganico A, Bocchieri S, Rodolfo Francesco Mastrapasqua, et al. *Physiotherapists and osteopaths' attitudes: Training in management of temporomandibular disorders*. Dent J (Basel). 2022;10(11):210-0.
15. Arribas-Pascual M, Hernández-Hernández S, Jiménez-Arranz C, et al. *Effects of physiotherapy on pain and mouth opening in temporomandibular disorders: an umbrella and mapping systematic review with meta-analysis*. J Clin Med. 2023;12(3):788.
16. Packer AC, Pires PF, Dibai-Filho AV, Rodrigues-Bigaton D. *Effect of upper thoracic manipulation on mouth opening and electromyographic activity of masticatory muscles in women with temporomandibular disorder: A randomized clinical trial*. J Manipulative Physiol Ther. 2015;38(4):253-61.
17. Calixtre LB, Oliveira AB, de Sena Rosa LR, Armijo-Olivo S, Visscher CM, Albuquerque-Sendin F. *Effectiveness of mobilisation of the upper cervical region and craniocervical flexor training on orofacial pain, mandibular function and headache in women with TMD. A randomised, controlled trial*. J Oral Rehabil. 2019;46(2):109-19.
18. Delgado de la Serna P, Plaza-Manzano G, Cleland J, Fernández-de-Las-Peñas C, Martín-Casas P, Díaz-Arribas MJ. *Effects of cervico-mandibular manual therapy in patients with temporomandibular pain disorders and associated somatic tinnitus: a randomized clinical trial*. Pain Med. 2020;21(3):613-624.
19. De Paula Gomes CAF, Politti F, Andrade DV, De Sousa DFM, Herpich CM, Dibai-Filho AV, et al. *Effects of massage therapy and occlusal splint therapy on mandibular range of motion in individuals with temporomandibular disorder: A randomized clinical trial*. J Manipulative Physiol Ther. 2014;37(3):164-9.
20. Bortolazzo G, Pires PF, Dibai-Filho AV, Berni KCS, Mascella Rodrigues B, Rodrigues-Bigaton D et al. *Effects of upper cervical manipulation on the electromyographic activity of the masticatory muscles and the opening range of motion of the mouth in women with temporomandibular disorder: randomized and blind clinical trial*. Fisioter. Pesqui. 2015; 22(4):426-34.
21. Packer AC, Pires PF, Dibai-Filho AV, Rodrigues-Bigaton D. *Effects of upper thoracic manipulation on pressure pain sensitivity in women with temporomandibular disorder: A randomized, double-blind, clinical trial*. Am J Phys Med Rehabil. 2014;93(2):160-8.
22. Nagata K, Hori S, Mizuhashi R, Yokoe T, Atsumi Y, Nagai W, et al. *Efficacy of mandibular manipulation technique for temporomandibular disorders patients with mouth opening limitation: a randomized controlled trial for comparison with improved multimodal therapy*. J Prosthodont Res. 2019;63(2):202-9.
23. Kalamir A, Bonello R, Graham P, Vitiello AL, Pollard H. *Intraoral myofascial therapy for chronic myogenous temporomandibular disorder: a randomized controlled trial*. J Manipulative Physiol Ther. 2012;35(1):26-37.
24. Oliveira-Campelo NM, Rubens-Rebelatto J, Martí N-Vallejo FJ, Albuquerque-Sendin F, Fernández-de-Las-Peñas C. *The immediate effects of atlanto-occipital joint manipulation and suboccipital muscle inhibition technique on active mouth opening and pressure pain sensitivity over latent myofascial trigger points in the masticatory muscles*. J Orthop Sports Phys Ther. 2010;40(5):310-317.

25. Reynolds B, Puentedura EJ, Kolber MJ, Cleland JA. *Effectiveness of cervical spine high-velocity, low-amplitude thrust added to behavioral education, soft tissue mobilization, and exercise for people with temporomandibular disorder with myalgia: a randomized clinical trial.* J Orthop Sports Phys Ther. 2020;50(8):455-465.
26. Corum M, Basoglu C, Topaloglu M, Diracoglu D, Aksoy C. *Spinal high-velocity low-amplitude manipulation with exercise in women with chronic temporomandibular disorders: a randomized controlled trial comparing to patient education.* Manuelle Medizin. 2018;56(3):230-8.
27. Rezaie K, Amiri A, Ebrahimi Takamjani E, Shirani G, Salehi S, Alizadeh L. *The efficacy of neck and temporomandibular joint (TMJ) manual therapy in comparison with a multimodal approach in the patients with TMJ dysfunction: a blinded randomized controlled trial.* Med J Islam Repub Iran. 2022;36:45.
28. Gesslbauer C, Vavti N, Keilani M, Mickel M, Crevenna R. *Effectiveness of osteopathic manipulative treatment versus osteopathy in the cranial field in temporomandibular disorders—a pilot study.* Disabil Rehabil. 2018;40(6):631-6.
29. La Touche R, Paris-Aleman A, Mannheimer JS, et al. *Does mobilization of the upper cervical spine affect pain sensitivity and autonomic nervous system function in patients with cervico-craniofacial pain: a randomized-controlled trial.* Clin J Pain. 2013;29(3):205-215.

[VOLVER A SUMARIO](#)

[REVISIÓN SISTEMÁTICA]

EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO OSTEOPÁTICO EN LA MIGRAÑA

Noelia Díaz Rodríguez (PT, DO)¹; Nicola Malusa (PT, DO)²; Jorge Vidal Suárez (PT, DO)³.

Recibido el 4 de marzo de 2024; aceptado el 28 de septiembre de 2024.

Introducción: La migraña es una enfermedad invalidante en la que nos hemos interesado por el gran impacto personal, social, laboral y familiar, el cual afecta de manera importante a una parte de la población en edad de producir. Debido a todos los factores que desencadenan la migraña, no se encontró por parte de las instituciones sanitarias un plan de tratamiento farmacológico, hormonal o físico consensuado que genere una solución efectiva en la desaparición o reducción de los síntomas a aquellas personas que la sufren y pongan fin al impacto socioeconómico que la rodea.

Objetivo: Valorar la eficacia del tratamiento osteopático en migrañas.

Material y métodos: Para ello, se llevó a cabo una revisión de la bibliografía en los siguientes recursos electrónicos: Pubmed, PEDro, Dialnet, Scielo, Cochrane Library y LILACS, en la que, tras el cribado de los duplicados y la aplicación de los criterios de inclusión, se consiguió una suma total de 8 artículos. Los términos de búsqueda utilizados fueron “Migraine”, “Osteopathic Treatment”, “Osteopathic medicine”, “Osteopath”, “Spinal Manipulation”, “Musculoskeletal Manipulation”, “Manual Therapy” y “Craniosacral”. Se incluyeron solo

ensayos clínicos aleatorizados, estudios publicados en idioma castellano e inglés, trabajos publicados en los diez últimos años, estudios que incluyan sujetos diagnosticados de migrañas y cuyo tratamiento esté basado en osteopatía. Por último, para poder incluirlo en la revisión, el artículo debe poseer una puntuación mínima en la escala PEDro de 6/10.

Resultados: Se seleccionaron 8 artículos para su análisis y discusión. Las intervenciones de cada uno de ellos se centraban en el estudio de diferentes técnicas osteopáticas para el tratamiento de la migraña crónica. En ellas se estudiaron diferentes variables como el dolor, frecuencia de los episodios de migraña, el estrés, ingesta de medicamentos, la ansiedad, discapacidad provocada por la migraña y la calidad de vida.

Conclusión: Existe cierta evidencia científica sobre la efectividad del tratamiento sintomático basado en técnicas osteopáticas en pacientes con migrañas. Las técnicas utilizadas para alcanzar estos resultados incluyen terapia manipulativa, técnicas de estiramientos miofasciales, técnicas articulares y técnicas de digitopresión, no siendo posible elegir una sola como tratamiento de elección.

PALABRAS CLAVE

- › Migrañas
- › Manipulación vertebral
- › Manipulación cervical
- › Tratamiento osteopático
- › Osteopatía.

[VOLVER A SUMARIO](#)

Autor de correspondencia: jorgevidalsuarez@gmail.com
(Jorge Vidal Suárez)
ISSN on line: 2173-9242
© 2025 – Eur J Ost Rel Clin Res - All rights reserved
www.europeanjournalosteopathy.com
info@europeanjournalosteopathy.com

¹ Centro de Salud Espronceda, Madrid, España.

² Ambulatorio fisioterapia – osteopatía Viale Tírreno, Chioggia, Italia.

³ Clínica de fisioterapia Body Peak Performance, Sotogrande, España.

INTRODUCCIÓN

La migraña es una cefalea primaria frecuente e incapacitante¹ con un gran impacto en la calidad de vida del paciente e interferencia en su esfera personal, social, laboral y familiar^{1,2}. El periodo de mayor incidencia es entre 15-20 años y disminuye después de los 50 años, afectando por lo tanto a la época más productiva. Afecta al 11% de la población mundial³, 17% de las mujeres y el 7% de los hombres^{1,2,4}.

La migraña puede clasificarse como migraña sin aura, que es un síndrome clínico por cefalea con características específicas y síntomas asociados^{1,5}, y migraña con aura, caracterizada por síntomas neurológicos focales transitorios que suelen acompañar a la cefalea^{1,5}. Dentro de esta clasificación nos cabe destacar también la existencia de un tipo de migraña que puede estar incluida en cualquier de estos dos tipos, la migraña crónica^{5,6}. Destacamos este tipo de migraña debido a la incapacitación de quien la sufre. Así, la migraña crónica es aquella que aparece durante 15 o más días/mes durante más de tres meses, y al menos durante 8 días/mes presenta características de cefalea migrañosa^{5,7}. Lo cual conlleva una carga personal y socioeconómica aún mayor que la migraña episódica⁶.

Según la International Classification of Headache Disorders (ICHD) y la European Headache Federation (EHF), la migraña crónica precisa con frecuencia de la derivación al especialista en cefaleas por la complejidad de su manejo; sin embargo, la migraña episódica puede y debe manejarse desde la Atención Primaria (AP)^{5,8}. Pese a que el seguimiento del paciente con migraña se lleva a cabo fundamentalmente en AP, los médicos de AP reconocen que los pacientes con migraña crónica no siempre reciben el tratamiento sintomático y, sobre todo, preventivo adecuado⁸. Incluso dentro de aquellos médicos de AP que tienen conocimientos sobre cefaleas como describen en esta encuesta online. Los principales resultados indican que, a pesar de la selección de médicos de AP con cierto interés por las cefaleas, el diagnóstico de la migraña crónica o discapacitante en AP es insuficiente y su tratamiento subóptimo⁸.

Existen diferentes desencadenantes de la migraña. Pueden ser alimentarios, como el consumo de aditivos alimentarios, cafeína, edulcorantes artificiales, comidas retrasadas o perdidas⁹ y la ingesta de alimentos ricos en histamina¹⁰. También pueden estar vinculados al descanso, de forma que los pacientes constantemente reportan dormir mal antes de los ataques de migraña y durante los mismos¹¹. Igualmente

puede haber un desencadenante hormonal, basado en la observación de que una parte considerable de las mujeres que tienen migrañas se quejan de intensificación de sus ataques durante el período menstrual o perimenstrual¹².

Para el tratamiento de la migraña existen diferentes abordajes. El farmacológico se basa en tratamiento escalonado, pauta utilizada en muchos países. Se inicia con un analgésico simple, tipo paracetamol, asociado o no a un antiemético, y si este falla se pasa a un tratamiento basado en una combinación de analgésicos, codeína e incluso triptanes^{1,13}. El tratamiento manual osteopático ha demostrado un alivio en los síntomas de migraña¹⁴. El tratamiento combinado de ejercicio físico, nutrición y suplementación, puede tener efectos beneficiosos en la migraña en numerosos grupos de población¹⁵. Por su parte, el tratamiento hormonal suele utilizar análogos de la hormona liberadora de gonadotropina, habitualmente útiles en el manejo preventivo de la migraña menstrual¹⁶. Así, el tratamiento de la migraña crónica puede dividirse al menos en cuatro partes bien diferenciadas, como la identificación y manejo de los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de migraña crónica, la deshabitación de analgésicos cuando existe abuso, el tratamiento agudo de las crisis de migraña y el tratamiento preventivo⁸.

El objetivo principal de esta revisión es evaluar el efecto del tratamiento manual osteopático en la frecuencia, intensidad y duración de las crisis de migraña.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se realizó una revisión sistemática, siguiendo la declaración PRISMA 2009 (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses).

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda en las fuentes electrónicas Pubmed, PEDro, Dialnet, Lilacs, Cochrane Library y Scielo. Ésta comenzó en septiembre de 2022 y finalizó en enero de 2023. Los términos de búsqueda utilizados fueron "Migraine", "Osteopathic Treatment", "Osteopathic medicine", "Osteopath*", "Spinal Manipulation", "Musculoskeletal Manipulation", "Manual Therapy" y "Craniosacral". Además, se empleó el operador booleano "AND" para delimitar dicha búsqueda mediante la aparición de los términos en al menos uno de los subapartados "Title"/ "Abstract".

Criterios de selección

Se incluyeron solo ensayos clínicos aleatorizados, estudios publicados en idioma castellano e inglés, trabajos publicados en los diez últimos años, estudios que incluyeran sujetos diagnosticados de migrañas y cuyo tratamiento esté basado en osteopatía. Por último, para poder incluirlo en la revisión, el artículo debía poseer una puntuación mínima en la escala PEDro de 6/10.

Como criterios de exclusión, se descartaron los estudios en los que se compararan o combinaran tratamientos hormonales o químicos, trabajos en los que la muestra presentara otras patologías que pudieran alterar el resultado del estudio y estudios basados en técnicas quiroprácticas o propias de la acupuntura como tratamiento.

Extracción de datos

Se extrajo de los estudios seleccionados la información correspondiente a ellos la información relativa a los auto-

res, año de publicación, la muestra participante, la intervención utilizada y los resultados del estudio.

Evaluación de la calidad

La calidad de los ensayos clínicos fue evaluada mediante la herramienta PEDro.

RESULTADOS

Una vez realizada la búsqueda en los diferentes recursos electrónicos utilizados, se consiguió una suma total de 891 resultados. Tras el cribado de los duplicados se obtuvieron 432 artículos. También se desecharon 333 después de la lectura del título y resumen. Seguidamente, se llevó a cabo la lectura del texto completo de los artículos, aplicándose los criterios de selección, quedando un total de 8 estudios incluidos finalmente. A continuación, se muestra un diagrama de flujo (Figura 1) en el que queda reflejado dicho proceso de selección.

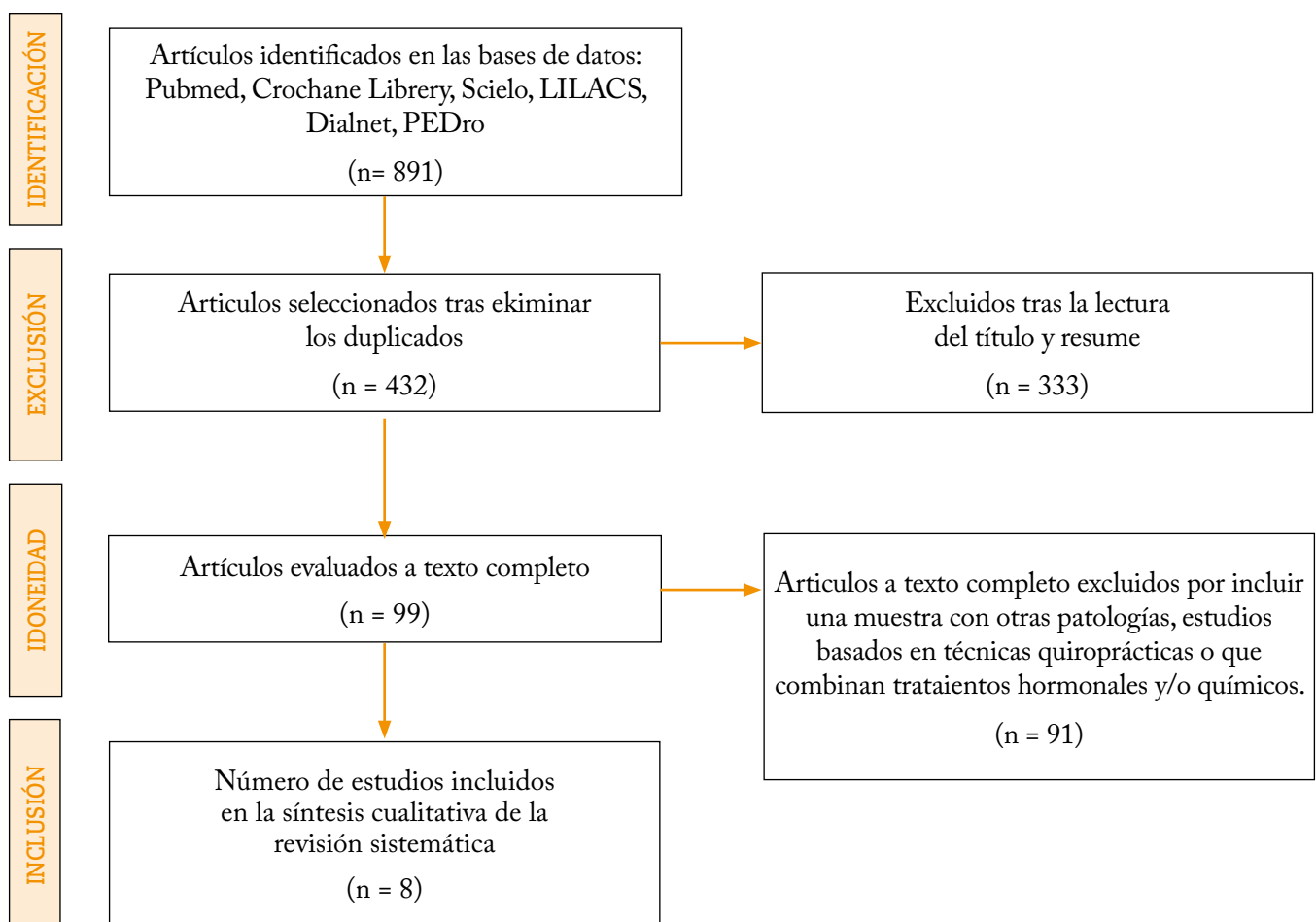


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección.

AUTOR/ AÑO PUBLICACIÓN/ ESCALA PEDRO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Muñoz-Gómez et al.¹⁸</p> <p>2022</p> <p>PEDro = 8/10</p>	<p>N= 50 personas con migrañas con edad: 18 ± 50</p> <ul style="list-style-type: none"> • GE*: 25 • GC*: 25 	<ul style="list-style-type: none"> • GE: tratamiento craneo-sacral: técnica del frontal, inhibición suboccipital, técnica del cuarto ventrículo, técnica lumbosacra y liberación del esenoide. • GC: tratamiento falso craneo-sacral. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) La intensidad del dolor: se registró con la escala analógica visual (VAS). 2) Índice de discapacidad por dolor de cabeza (IDH), cubre los criterios de valoración recomendados por el IHS. 3) Discapacidad funcional emocional y general (IDH). 4) Ingesta de medicamentos. La ingesta de medicación sintomática se registró en un diario estandarizado de migraña, que también incluía información sobre los días de migraña y su intensidad (escala VAS) 5) Cambio percibido autoinformado después del tratamiento. Esto se evaluó mediante la escala de Impresión Global de Cambio de los Pacientes (PGIC). 	<ul style="list-style-type: none"> • Tras el análisis de los grupos previos y posteriores a la intervención, se observó una reducción de pacientes que experimentaban dolor de migraña grave (64% a 24%). • Después del tratamiento de los individuos, se observó una reducción en las discapacidades funcionales y generales del 23,21% y 23,02% respectivamente. • El análisis del seguimiento postintervención de estas medidas resultó en 21,12%, en comparación con los grupos simulados. • Se encontró que la terapia craneosacral redujo significativamente la discapacidad funcional y general (p = 0,001 y p = 0,02 respectivamente), el episodio y la frecuencia (p=0,001). • Además de una reducción significativa del dolor (p=0,01). • El 52% de los pacientes que recibieron terapia craneosacral informaron mejoría después del tratamiento, en la • etapa post-intervención con una mayor percepción de cambio autoinformada (p=0,01) y una reducción en el uso de medicamentos en un 36,04% y un 31% durante la posintervención y el seguimiento posintervención, respectivamente, incluso en comparación con los grupos simulados (p=0,01). 	<ul style="list-style-type: none"> • Un protocolo de tratamiento basado en terapia craneosacral es eficaz para reducir la intensidad del dolor, la gravedad de la migraña, la frecuencia de los ataques, la discapacidad funcional y emocional y la ingesta de medicación sintomática, así como para mejorar la percepción de cambio post-tratamiento en pacientes que padecen migraña ≥4 días. por mes, manteniéndose dichos cambios 1 mes después de la intervención. Este protocolo de terapia manual reproducible puede considerarse un enfoque terapéutico válido en personas con migraña.

AUTOR/ AÑO PUBLICACIÓN/ ESCALA PEDRO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Corum et al. ¹⁹</p> <p>2021</p> <p>PEDro = 8/10</p>	<p>N= 45 personas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • GE1: 15 edad: 33.5 ± 8.2 • GE2: 15 edad: 30.7 ± 8.0 • GC: 15 edad: 32.5 ± 6.5 	<ul style="list-style-type: none"> • GE1: manipulación vertebral + ejercicio. • GE2: inhibición suboccipital + ejercicio. • GC: ejercicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • La intensidad del dolor: se registró con la escala analógica visual (VAS). • Neck Disability Index (NDI). • Headache Impact Test (HIT-6). • Pressure pain thresholds (PPT). 10 sesiones de fisioterapia 2 veces x5 semanas 15-20min 	<ul style="list-style-type: none"> • La frecuencia del dolor de cabeza se redujo significativamente cuando se midió después del tratamiento (- 3,3 ± 1,2; p = 0,002) y en el seguimiento a los tres meses (- 3,0 ± 2,1; p=0,003). • En el grupo de manipulación, la frecuencia de los dolores de cabeza postratamiento, mostró una diferencia significativa en comparación con el grupo control (p<0,001). • Las puntuaciones del HIT-6, mostraron una disminución significativa en el grupo de manipulación, cuando se midió después del tratamiento (p=0,002) y en el seguimiento a los tres meses (p=0,041). La intensidad del dolor de cuello mostró una significativa reducción en el grupo de manipulación (p=0,007) y en el grupo de liberación miofascial después del tratamiento (p=0,009). 	<ul style="list-style-type: none"> • El grupo de manipulación fue estadísticamente mejor que el grupo de liberación miofascial, en términos de frecuencia de dolor de cabeza, gravedad del dolor de cabeza y puntuaciones PPT. Además, el grupo de manipulación mostró mejoras estadísticamente significativas en todos los criterios de resultados en comparación con el grupo de control.

AUTOR/ AÑO PUBLICACIÓN/ ESCALA PEDRO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Rezaeian et al.²⁰</p> <p>2021</p> <p>PEDro = 8/10</p>	<ul style="list-style-type: none"> • N= 40 personas con migrañas. • GE*: 20 edad: 40.40 ± 11.2 • GC*: 20 edad: 37.45 ± 08.9 	<ul style="list-style-type: none"> • GE: liberación miofascial de los puntos gatillos activos; estiramientos de los músculos ECOM* y trapecio superior; técnica de inhibición suboccipital; en posición supina; • GC: masaje superficial en posición supina. 	<p>1) La intensidad del dolor: se registró con la escala analógica visual.</p> <p>2) Neck Disability Index (NDI).</p> <p>El rango de movimiento cervical (RMC*).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • IDC: en el GE* disminuyeron significativamente después de la intervención y el seguimiento de un mes (p<0,001)*, mientras en el GC* se quedaron igual. • RCM: en el GE mejoraron significativamente después de la intervención (p<0,001), en todas las direcciones, mientras en el GC empeoraron. 	<ul style="list-style-type: none"> • La liberación miofascial y el estiramiento, técnicas utilizadas en este estudio, fueron eficaces en la mejora de los resultados clínicos en los pacientes con migraña. Así como la intensidad del dolor, rango de movimiento articular e incapacidad funcional. De acuerdo, con la hipótesis anterior, nuestros resultados indicaron que los síntomas de los pacientes con migraña mejoraron después del tratamiento de los puntos gatillos de músculos cervicales.
<p>Muñoz-Gomez et al.²¹</p> <p>2021</p> <p>PEDro = 8/10</p>	<p>N= 50 personas con migrañas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • GE: 25 edad: 39.10 ± • GC: 25 edad: 37.60 ± 	<ul style="list-style-type: none"> • GE: manipulación y técnica articular del eje occipuo-atlas, movilización de cervical superior (C0-C1), cervical media (C2-C7) en posición supina y prona, manipulación de la charnela cervicotorácica y manipulación y técnica articular de la columna torácica superior (T2-T6) junto con la manipulación de la articulación sacroiliaca. • GC: técnica de inhibición suboccipital. 	<p>1) "Migraine Disability Assessmet" (MIDAS).</p> <p>2) "Short-Form 36" (SF-36).</p> <p>3) La cantidad de medicación sintomática se registró en un formulario estandarizado para la migraña, como número de pastillas por día.</p> <p>4) "Patients' Global Impression of Change"(PGIC).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En el GE hubo una significativa mejoría en la intensidad del dolor (p<0,001), frecuencias de los episodios (p<0,001), discapacidad por migraña (p<0,001) con respecto el GC, además de una reducción de la toma de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • La aplicación de la terapia manual basada en técnicas articulares redujo la intensidad del dolor, la discapacidad migrañosa y la toma de medicamentos. Además, mejoró la calidad de vida de los pacientes con migraña.

AUTOR/ AÑO PUBLICACIÓN/ ESCALA PEDRO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>De Almeida Tlentino et al. ²²</p> <p>2021</p> <p>PEDro = 7/10</p>	<p>N = 75 personas con migrañas con edad: 18 ± 55</p> <ul style="list-style-type: none"> • GENDT*: 25 • GTM*: 25 • GM*: 25 	<ul style="list-style-type: none"> • GE: manipulación y técnica articularia del eje occipucio-atlas, movilización del nivel cervical superior (C0-C1), medio (C2-C7) en posición supina y prona, manipulación de la charnela cervico-torácica y manipulación y técnica articularia de la columna torácica superior (T2-T6), junto con la manipulación de la articulación sacroiliaca. • GC: técnica de sostenimiento del occipucio durante 10 minutos, sin aplicar fuerzas ni movimientos. • GENDT*: grupo que se educó sobre cómo prevenir y comportarse frente a los ataques de migrañas. • GTM*: terapia manual con tareas cotidianas; entrenamiento respiratorio diafragmático asistido 5 min.; movilización de tracción de la columna cervical 5 min con tracción lenta, progresiva e intermitente del occipucio; masaje profundo; liberación fascial de los músculos craneocervicales (15 min.), músculos suboccipitales, trapecio superior, ECOM y escaleno; terapia liberación Puntos gatillo miofasciales; estiramientos. • GM: recibirán los dos tratamientos del GENDT más GTM. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Headache Impact Test (HIT-6). 2) Neck Disability Index (NDI). 3) Lista de verificación de síntomas de alodinia de 12 ítems (ASC-12). 4) La Escala de Tampa para Kinesiofobia (TSK). 5) Escala de catastrofización del dolor (PCS). 6) Escala de impresión global del cambio del paciente (PGIC). 7) Prueba de flexión craneocervical. 8) Prueba de flexión y rotación. 9) Fuerza de los músculos cervicales. 10) Rango de movimiento cervical. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hubo una significativa mejoría en el grupo donde se combinaron los dos tipos de intervenciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • GE Este estudio mostró que combinar la terapia de educación del manejo de los ataques de migraña, la terapia manual de liberación de puntos gatillo y estiramiento cervical, mejora la frecuencia e intensidad de la migraña y los ataques, así como un aumento significativo en el umbral del dolor a la presión. En comparación con el grupo que tuvo solo terapia manual o que utilizó solamente una educación en neurociencia del dolor con automasajes, técnicas de relajación profunda, ejercicios de equilibrio y respiración profunda. la movilidad lumbar y funcionalidad específica. Función general mejora en ambos grupos.

AUTOR/ AÑO PUBLICACIÓN/ ESCALA PEDRO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Amons et al. ²³</p> <p>2019</p> <p>PEDro = 8/10</p>	<p>N = 98 personas con migrañas con edad: 18 ± 65</p> <ul style="list-style-type: none"> • GE: 98 • GC: 98 	<ul style="list-style-type: none"> • GE: técnicas de digitopresión manual sobre músculos trapecios, cervicales superiores y suboccipitales; ejercicios para corregir las posturas de pie y sentado; movilizaciones espinales cervicales y torácicas. • GC: tratamiento farmacológico. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) IHS. 2) Números de episodios de migraña. 3) Intensidad de las migraña. 4) Uso de medicamentos como número de dosis durante 4 semanas de analgésicos simples (p. ej., paracetamol), AINE, analgésicos agudos medicamentos para la migraña (triptanos y ergotaminas) o medicación profiláctica. 5) Headache Impact Test (HIT-6). 6) La resistencia de los músculos flexores del cuello Harris et al.(X); Lista de verificación de síntomas de alodinia de 12 ítems (ASC-12) 7) Clinical PressurePain Threshold. 8) Algometría cervical 	<ul style="list-style-type: none"> • Los participantes informaron una reducción del 50% de la migraña, el número de ataques, el uso de medicamentos y la intensidad del dolor de cabeza; aumentó la medición de los umbrales de dolor por presión cervical; disminuyó la presencia de alodinia; aumentó la resistencia de los músculos flexores cervicales; en general sintieron una mejora global. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se evidenció como la utilización de terapia manual en grupo experimental tuvo un efecto positivo en la reducción de la migraña, el número de ataques, el uso de medicamentos, la discapacidad ocasionada por el dolor de cabeza, la intensidad del dolor de cabeza, aumentó la medición de los umbrales de dolor por presión cervical, disminuyó la presencia de alodinia, aumentó la resistencia de los músculos flexores cervicales y sintieron una mejoría global de sus síntomas.

AUTOR/ AÑO PUBLICACIÓN/ ESCALA PEDRO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Cerritelli et al. ²⁴ 2015 PEDro = 8/10	N = 105 personas con migrañas con edad: 38.7±9.3; • GE = 35 • GC1 = 35 • GC2 = 35	• GE = tratamiento manipulativo osteopático, más terapia farmacológica. • GC1 = falso tratamiento manipulativo osteopático, más terapia farmacológica. • GC2 = autocuidado.	1) Puntuación HIT-6. 2) Días/mes con migraña. 3) Intensidad del dolor. 4) Cantidad de medicación de rescate. 5) Discapacidad funcional.	• Disminución de la puntuación HIT-6 para GE con respecto GC (p<0,001). Disminución de días de migraña para GE con respecto GC (p<0,001). • Disminución de la intensidad del dolor para OGE con respecto GC (p<0,001). Disminución del consumo de fármacos para GE con respecto GC (p<0,001).	• Este estudio sugiere que la manipulación osteopática puede reducir futuros episodios de dolor y la discapacidad relacionada a sujetos con dolor de cabeza.
Rolle et al. ²⁵ 2014 PEDro = 8/10	N = 40 personas con migrañas con edad: 34.5±12; • GE = 21 • GC = 19	• GE = tratamiento manipulativo osteopático. • GC = falso tratamiento manipulativo osteopático.	1) Frecuencia del dolor de cabeza. 2) Intensidad del dolor de cabeza; 3) Uso de medicamentos de venta libre. 4) Índice de discapacidad por dolor de cabeza.	• Frecuencia de cefalea: GE con respecto GC = disminución del 33% (p<0,001); Intensidad del dolor: reducción del 20 % en el GE en comparación con el valor inicial (p<0,001); consumo de fármacos: reducción del 45 % en el GE en comparación con el valor inicial (p<0,001).	• Este estudio sugiere que la manipulación osteopática puede reducir futuros episodios de dolor y la discapacidad relacionada a sujetos con dolor de cabeza.

Abreviaturas: ECA*: ensayo clínico aleatorizado; GE*: "Grupo Experimental"; GC*: "Grupo Control"; GENDT*: "Grupo con Educación en Neurociencia del Dolor Terapéutico"; GTM*: "Grupo Terapia Manual"; GM*: "Grupo Multimodal"; NE*: "No Especificado"; ECOM*: "esternocleidomastoideo"; GENDT*: "Grupo con Educación en Neurociencia del Dolor Terapéutico"; GTM*: "Grupo Terapia Manual"; GE*: "Grupo Experimental"; GC*: "Grupo Control"; IHS*: "International Headache Society"; ID*: "Intensidad Dolor"; RMC*: "Rango Movimiento Cervical"; p<0.01: "mejora estadísticamente significativa"; GE*: "Grupo Experimental"; GC*: "Grupo Control"; CPPTNP*: "Clinical Pressure Pain Threshold Testing in Neck Pain"; SF-36*: "The Short Form Health Survey"

Tabla 1. Síntesis de los estudios incluidos en la revisión

Los artículos han sido analizados valorando los distintos parámetros que miden el efecto del tratamiento osteopático en pacientes diagnosticados con migraña en edades comprendidas entre los 10 y 50 años. La tabla 1 sintetiza los hallazgos.

El método de intervención se basó en técnicas manuales propias de la osteopatía, como técnicas de manipulación vertebral de alta velocidad y baja amplitud (HVLA), inhibición suboccipital, técnicas del frontal, esfenoides y cuarto ventrículo, técnicas de liberación miofascial y de estiramientos musculares así como técnicas articulatorias de C0-C1, C2-C7, T2-T6 y una manipulación global de la pelvis.

Las variables más estudiadas fueron la frecuencia, la severidad del dolor, la ingesta de medicamentos y la discapacidad causada por el dolor entre otras. En todos los estudios se obtuvieron resultados positivos en un plazo de entre 1 y 4 semanas.

Para la evaluación de la eficacia de estas intervenciones, si bien algunos estudios utilizaron grupo control sin tratamiento o placebo, otros establecieron comparaciones con otras técnicas, o tratamientos farmacológicos.

DISCUSIÓN

En primer lugar, el número de personas incluidos en cada estudio es considerable, oscilando entre 40 y 70 personas aproximadamente, con excepción del estudio de Amons et al.²³ con un número muestral de 98 pacientes y el estudio de Cerritelli et al.²⁴ con un número de 105 participantes.

En cuanto al método de intervención utilizado, en el artículo Muñoz-Gómez et al.¹⁸ se basaron en realizar un tratamiento craneosacro, incluyendo la técnica del frontal, inhibición suboccipital, técnica del cuarto ventrículo, técnica lumbosacra y liberación del esfenoide, todo esto comparado con un tratamiento ficticio craneosacro. También en el estudio de Corum et al.¹⁹ se analiza la técnica de inhibición suboccipital pero sin añadir el resto de las técnicas craneales. Además se compara con las técnicas de HVLA. Por otro lado, el estudio de Rezaeian et al.²⁰ está enfocado en técnicas de liberación miofascial, estiramientos musculares de los músculos trapecio superior y esternocleidomastoideo junto con la técnica de inhibición suboccipital. Todo esto es comparado con un simple masaje superficial. El estudio de Muñoz-Gómez et al.²¹ analiza el efecto de las técnicas articulatorias realizadas

en el eje occipucio-atlas junto con movilizaciones de la columna cervical superior (C0-C1), cervical media (C2-C7), manipulación articular de la unión cervicotorácica, columna torácica superior (T2-T6) y manipulación articular global de la articulación sacroilíaca de forma bilateral para comparar todas estas técnicas con la técnica de inhibición suboccipital.

Por otra parte, el estudio de De Almeida Tlentino et al.²² analiza el efecto de la movilización del nivel cervical superior (C0-C1), medio (C2-C7) en posición supina y prona, la movilización de la charnela cervico-torácica y la técnica articular de la columna torácica superior (T2-T6) junto con la movilización de la articulación sacroilíaca, comparándolas en 3 grupos. El primer grupo recibía una técnica de sostenimiento del occipucio durante 10 minutos, sin aplicar fuerzas ni movimientos y sin especificar si se trataba de la inhibición suboccipital, mientras que en el segundo y tercer grupo se aplicaron solo medidas de autocuidado para prevenir las migrañas. En el estudio de Amons et al.²³ se analizan las técnicas de digitopresión manual sobre los músculos trapecios, cervicales superiores y suboccipitales, combinadas con movilizaciones espinales cervicales y torácicas. Estas técnicas son comparadas con el tratamiento farmacológico. Para concluir, el estudio de Cerritelli et al.²⁴ habla de terapia manipulativa osteopática (TMO) pero sin especificar las técnicas empleadas, resultando incompleto en este sentido. Similar es el caso del estudio de Rolle et al.²⁵ el cual habla de la utilización de TMO sin informar de las técnicas elegidas.

Dicho esto, los estudios más completos en cuanto a la exposición y variedad de las técnicas son Muñoz-Gómez et al. (18, 21), De Almeida Tlentino et al.²² y Amons et al.²³ a diferencia del resto de investigaciones que resultan ser más inespecíficas.

En cuanto a las distintas herramientas de mediciones empleadas en los estudios analizados como métodos de valoración, se puede observar que, a pesar de que cada uno de ellos emplean diferentes escalas o índices de mediciones, se pueden señalar algunos.

Sobre los resultados, en el estudio de Muñoz-Gómez et al.¹⁸ se obtiene una reducción significativa de la intensidad del dolor, de la discapacidad inducida por la migraña así como la reducción de la ingesta de medicación específica, todo ello derivado de la aplicación de la terapia craneosacra. Cambios muy similares se encontraron también en los estudios de Muñoz-Gómez et al.²¹, pero esta vez utilizando las técnicas articulares.

Con las técnicas de HVLA presente en el estudio de Corum et al.¹⁹ se redujo de forma estadísticamente significativa la frecuencia de dolor de cabeza, la gravedad del mismo y el resto de parámetros comparados con el grupo que recibió como tratamiento principal la técnica de inhibición suboccipital.

Siguiendo con los estudios de De Almeida Tlentino et al.²² y Amons et al.²³ se observa un enfoque más centrado en las combinaciones de varias técnicas de terapia manual, obteniendo siempre una mejoría en la sintomatología propia de las migrañas.

Hay solo un estudio que utiliza únicamente las técnicas liberación miofascial²⁰, en el cual se encontró también una mejora de los resultados clínicos en los pacientes con migraña, así como en la intensidad del dolor, rango de movimiento articular e incapacidad funcional.

La TMO utilizada en los estudios de Cerritelli et al.²⁴ y Rolle et al.²⁵, redujo la frecuencia del dolor de cabeza, la intensidad del dolor de cabeza, el uso de medicamentos así como el índice de discapacidad por dolor de cabeza.

Como puede observarse hay muchas técnicas que se utilizan para la migraña, y sería difícil elegir una en concreto como método de tratamiento específico. Además, como se puede ver en todos los estudios que hemos encontrados en esta revisión sistemática¹⁸⁻²⁵ con todas las técnicas se obtienen beneficios. Asimismo, hay un estudio¹⁸ en el que los beneficios de las técnicas utilizadas se mantienen hasta un mes una vez finalizado el tratamiento.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, debe cara a la extrapolación de resultados, debe tenerse presente que la mayoría de las muestras estuvo constituida por mujeres, si bien es cierto que esto no es extraño al ser una patología más prevalente en este grupo poblacional. Por otro lado, debe considerarse que el efecto a largo plazo apenas ha sido analizado en un estudio¹⁸, donde se pueden ver que los beneficios de las técnicas utilizadas se mantienen hasta un mes tras finalizar el tratamiento.

CONCLUSIÓN

Se puede afirmar la existencia de una cierta evidencia científica sobre la efectividad del tratamiento sintomático basado en técnicas osteopáticas en pacientes con migrañas. Estas conclusiones se derivan de estudios que utilizan una variedad de técnicas habituales en los tratamientos

osteopáticos, como son la terapia manipulativa, técnicas de estiramientos miofasciales, técnicas articulares y técnicas de digitopresión. Es de interés que se continúe trabajando en esta línea de investigación, para, en un futuro, obtener conclusiones más concretas que puedan llevar al planteamiento más específico para el abordaje de este tipo de afecciones.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gómez Ayala AE. *Farmacoterapia de la migraña. Tratamiento sintomático y preventivo*. OFFARM. 2008;27(2):74-80
- Zavala HA, Saravia BB, et al. *Epidemiología e impacto socioeconómico de la migraña: Revista Argentina de Neurocirugía*. 2003;17(2):79-84.
- Costa ABP, Rodrigues AMDS, Martins LB, Santos LCD, Gomez RS, Teixeira AL, et al. *Nutritional intervention may improve migraine severity: a pilot study*. Arq Neuropsiquiatr. 2019;77(10):723-30.
- Vázquez AJQ, Maure LJC, Joa ASP, Acosta OM, Aliaga AA, Guerra AF, et al. *Prevalencia y características clínico epidemiológicas de la migraña en Bayamo. Multimed*. 2017;21(4):414-29.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders*, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.
- Carod Artal FJ, Irimia Sieira P, Ezpeleta Echevarri D, et al. *Migraña crónica: definición, epidemiología, factores de riesgo y tratamiento*. Rev Neurol. 2012;54(10):629.
- Aguilar-Shea AL, Membrilla MD JA, Diaz-de-Teran J et al. *Migraine review for general practice*. Aten Primaria. 2022;54(2):102-208.
- Díaz-Insa S, Navarro-Zornoza M, Sánchez-de La Rosa R, Guerrero AL, et al. *Caracterización del manejo del paciente con migraña en Atención Primaria en España. Análisis de los resultados del proyecto europeo My-LIFE anamnesis*. Neurología. 2023;38(5):522-30.

9. Peters GL, et al. *Migraine overview and summary of current and emerging treatment options*. Am J Manag Care. 2019 25(2):523-34.
10. Cueva Torres AMR, et al. *Ingesta de alimentos ricos en histamina asociados a migraña en estudiantes de medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego*. Repositorio Upao. 2020;1(4):1-44.
11. Vgontzas A, Pavlović JM, et al. *Sleep disorders and migraine: Review of literature and potential pathophysiology mechanisms*. Headache J Head Face Pain. 2018;58(7):1030-90.
12. Hernández L, Marín K, et al. *Hormonas y migraña, una aproximación clínica*. Rev Repert Med Cir. 2015;24(2):85-94.
13. Khan J, Asoom LIA, Sunni AA, Rafique N, Latif R, Saif SA, et al. *Genetics, pathophysiology, diagnosis, treatment, management, and prevention of migraine*. Biomed Pharmacother. 2021;139(7):111-557.
14. Jara Silva CE, Joseph AM, Khatib M, Knafo J, Karas M, Krupa K, et al. *Osteopathic manipulative treatment and the management of headaches: A scoping review*. 2022;14(8):1-3.
15. Virgilio Hernando-Requejo, Noelia Juárez-Torrejón, Nuria Huertas-González. *Nutritional factors associated with migraine*. Nutr Hosp. 2022;39(Spec N3):69-73.
16. Raffaele Ornello, De Matteis E, Di Felice C, Capponnetto V, Pistoia F, Sacco S. *Acute and preventive management of migraine during menstruation and menopause*. J Clin Med. 2021;10(11):2263.
17. Armijo-Olivo S, Da Costa BR, Cummings GG, Ha C, Fuentes J, Saltaji H, et al. *PEDro or Cochrane to assess the quality of clinical trials? A meta-epidemiological study*. PLoS One. 2015;10(7):1-14.
18. Muñoz-Gómez E, Inglés M, Aguilar-Rodríguez M, Mollà-Casanova S, Sempere Rubio N, Serra-Añó P, Espí-López GV, et al. *Effect of a craniosacral therapy protocol in people with migraine: a randomized controlled trial*. J Clin Med. 2022;25(4):11:759.
19. Corum M, Aydin T, Medin Ceylan C, Kesiktas FN: *The comparative effects of spinal manipulation, myofascial release and exercise in tension-type headache patients with neck pain: a randomized controlled trial*. Complement Ther Clin Pract. 2021;43(6):101-319.
20. Rezaeian T, Ahmadi M, Mosallanezhad Z, Nourbakhsh M. *The impact of myofascial release and stretching techniques on the clinical outcomes of migraine headache: A randomized controlled trial*. J Res Med Sci. 2021;26(1):45.
21. Muñoz-Gómez E, Inglés M, Serra-Añó P, Espí-López GV. *Effectiveness of a manual therapy protocol based on articular techniques in migraine patients. A randomized controlled trial*. Musculoskelet Sci Pract. 2021;54(3):102-386.
22. De Almeida Tolentino G, Lima Florencio L, Ferreira Pinheiro C, Dach F, Fernández-de-las-Peñas C, Bevilacqua-Grossi D. *Effects of combining manual therapy, neck muscle exercises, and therapeutic pain neuroscience education in patients with migraine: a study protocol for a randomized clinical trial*. BMC Neurol. 2021;21(1):249.
23. Amons AL, Castien RF, Van Der Wouden JC, De Hertogh W, Dekker J, Van Der Horst HE. *Manual therapy as a prophylactic treatment for migraine: design of a randomized controlled trial*. Trials. 2019;20(1):785.
24. Cerritelli F, Ginevri L, Messi G, Caprari E, Di Vincenzo M, Renzetti C, et al. *Clinical effectiveness of osteopathic treatment in chronic migraine: 3-Armed randomized controlled trial*. Complement Ther Med. 2015;23(2):149-56.
25. Rolle G, Tremolizzo L, Somalvico F, Ferrarese C, Bressan LC. *Pilot trial of osteopathic manipulative therapy for patients with frequent episodic tension-type headache*. J Osteopath Med. 2014;114(9):678-85.

VOLVER A SUMARIO

EUROPEAN JOURNAL
OSTEOPATHY
—
& Related Clinical Research

