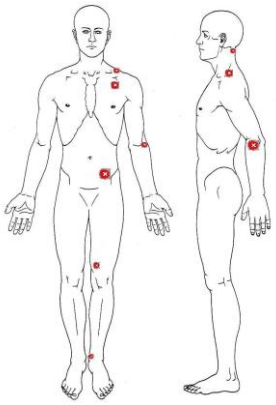
CORDALES Y ESCOLIOSIS

F. Colell Mitjans (GBMOIM)

El Kinesiólogo chileno Oscar Godoy Beaudout observa en su quehacer diario que, según él, todos (absolutamente todos, recalca) los niños con escoliosis idiopática (docenas) que ha examinado presentan una sensibilización específica en un hemicuerpo en unos puntos que localiza en:

Suboccipital cervical
Trapecio-Supraespinoso
Pectoral
Epicóndilo - Cabeza del radio
Espina ilíaca anterosuperior
Vasto interno distal
Maleolo tibial distal lateral



Interpretados así a la vista del esquema-dibujo que presenta en su artículo.

En correspondencia directa con Oscar Godoy para usar sus imágenes en este artículo, respecto a los puntos de sensibilidad me puntualiza que:

- La localización cervical se corresponde a las transversas de C2-C3.
- El punto gatillo en el trapecio lo localiza en su zona media.
- En el codo se corresponde con puntos gatillo del músculo brachioradialis.
- El siguiente lo localiza en la fosa ilíaca, inconstante, en relación con patologías funcionales del colon.
- El del vasto interno puede ser relatado como de cosquillas intensas y en relación a episodios de amigdalitis de repetición.
- El del tobillo como dolor al presionar el nervio tibial posterior.

Oscar Godoy tiene un blog http://yaudqueleduele.blogspot.com/ en el que ha publicado una serie de casos clínicos crónicos que pueden ser de interés para el lector.

Dada la edad en la que aparece la escoliosis y que ésta coincide con el brote de los cordales (muelas del juicio) aventura la hipótesis de que posiblemente sean las muelas del juicio, en su efervescencia, las causantes de la escoliosis que llamamos idiopática. A su entender no encuentra otras coincidencias morfogénico-fisiológicas que atiendan a esta hipótesis etiológica.

Observa además O. Godoy que al explorar la movilidad del miembro inferior en decúbito supino y los miembros en extensión la rotación interna de las caderas es asimétrica, mayor en la izquierda (90% de los casos) que en la derecha. Ello independientemente del hemicuerpo con los puntos hipersensibilizados.

Al anestesiar los cordales observa Godoy que cede la hipersensibilidad de los puntos del hemicuerpo y se normalizan las rotaciones internas de las caderas en el sentido de que se iguala el trayecto de la derecha (antes limitado) con el de la izquierda.



Antes de infiltrar ---------- Después de la infiltración

Señala que estos signos y efectos se presentan también "en pacientes con patologías dentales como causa basal de su enfermedad, independientemente de que tengan o no escoliosis".

Relata que en algunos adolescentes con escoliosis al anestesiar los cordales 1 o 16, dependiendo del hemicuerpo afecto, también se normaliza la rotación de las caderas y desciende la hipersensibilidad de los puntos antes mencionados.

Ante esta hipótesis propuesta, señala que la disfunción de torsión del miembro inferior arrastraría un cambio permanente en las inserciones tendinosas y musculares al que supone como origen de aparición de múltiples y variopintos dolores tipo:

Disfunciones patelares
Talagias
Epicondilitis
Sacroileitis
Entesitis
Cefaleas
Cervicalgias
Lumbalgias
Gastralgias

Por lo que afirma que: "no existen las tendinitis; con el tiempo aparecen puntos gatillo miofasciales que se diagnostican como tendinitis crónicas". Son "tendin**itis**" en las que los aines no funcionan.

Cuando la escoliosis del adolescente coincide con el ser portador de ortodoncias correctoras (brakets), además de solicitar una ortopantografía para observar los cordales, aconseja Godoy hacer una medición galvánica de los metales en la boca para confirmar o descartar si provocan actividad eléctrica indeseada. Lo mismo en caso de ser portador de amalgamas y otros artefactos metálicos.

Barrunta Godoy que si fuera posible medir (EMG) en estos casos la actividad eléctrica de la musculatura rotadora de la cadera y se pudieran objetivar cambios en la misma antes y después de la anestesia de los cordales estos cambios deberían ser también medibles al mismo tiempo en la musculatura de la columna vertebral.
Si pudiéramos constatarlo, teniendo en cuenta que el "bloqueo" procaínico se efectúa en unas piezas dentales ¿cómo explicar cambios en la actividad electromiográfica de zonas aparentemente desligadas a las piezas dentales?
La actuación sobre el vegetativo de las piezas dentales ¿Facilita a un grupo muscular e inhibe al antagonista?

Godoy lanza la idea de la colaboración interdisciplinar para poder sacar conclusiones a su intuición, nacida de sus observaciones personales.

Comentarios a la experiencia clínica personal

Con la experiencia que proporciona el tiempo en la tarea clínica artesanal, la propuesta de Oscar Godoy no parece descabellada.
Hace falta que alguien en alguna ocasión lance una idea que puede parecer inicialmente fuera de lugar para que reflexionemos y caigamos en la cuenta de que existen líneas de pensamiento que abren nuevas perspectivas al enfoque etiológico de lo que observamos en el día a día. La genialidad estriba en poder relacionar cosas o situaciones que aparentemente no poseen ningún vínculo.

Es realmente lamentable que la medicina haya abandonado al individuo en su concepto global (por culpa de la especialización según opina Michel Clauzade), convirtiéndolo en simples compartimentos y atendiendo única y exclusivamente a los síntomas.
De esta forma, los dientes han dejado de ser órganos que forman parte indivisible del ser vivo. El hecho de que en muchos países no se precise ser médico para ejercer como "dentista" es una, entre otras, de las realidades en las que estamos irremediablemente inmersos.
En este estado las cosas, no es de extrañar que en mi actividad médica se considere que no soy nadie para solicitar una ortopantografía y deba justificarla dada mi condición de especialista en cirugía ortopédica y traumatología interesado en las articulaciones témporo-maxilares.
De hecho, si explicara que mi intención se basa en la creencia de que un diente es un terminal nervioso del trigémino que a su vez es un informador del cerebro de la postura de la cabeza en el espacio, atendiendo a la horizontalidad de la mirada, y posiblemente de muchas otras cosas, seguramente se me tacharía de loco o hereje.

EL caso de Rogelia

Rogelia es una joven (20 años) bailarina de clásico muy considerada en su entorno artístico. Me la remite su médico de confianza ya que desde hace unos meses su miembro inferior derecho se ha "colocado" en rotación externa. Solo con un considerable esfuerzo consigue hacer sus interpretaciones y ejercicios de danza que precisan de la máxima rotación interna del mismo. Practicadas todas las pruebas pertinentes conocidas, no se halla respuesta al porqué de esta situación.
Uno de los pocos casos que se presentan a consulta tan solo por disfunción de la movilidad, sin dolor.
Tras la 1ª entrevista sin obtención de datos aparentemente significativos la exploración muestra una hipersensibilidad dolorosa a la presión de:

La ATM izquierda con la boca abierta,
La espinosa de T6,
La espinosa de de T12.
Con intenso dolor a la presión de la articular derecha de T12-L1.

Todo ello orienta a un posible síndrome de charnela dorsolumbar derecha de Robert Maigne.

La manipulación de T6-T7 izquierda, T12-L1 derecha y C2-C3 izquierda restituyen al instante la movilidad en rotación interna del miembro inferior derecho.

Se presenta de nuevo la misma situación transcurrido un periodo de aproximadamente un mes y medio. Que con iguales características se soluciona favorablemente.

Tras un nuevo periodo de unos dos meses se presenta de nuevo con el mismo cuadro clínico.
Al preguntar si está sufriendo de algún proceso dental, explica que nada especial pero pendiente de la extirpación de sus cuatro cordales que tiene programada al terminar su periodo de giras artísticas. Señala que últimamente la pieza 48 (cordal mandibular derecho) le molesta ocasionalmente porque es el que está incluido con presión transversal sobre el 47.
La aplicación de unas gotas de procaína al 1% (mesial, palatina y ligamento) en el cordal 48 restituye la movilidad del miembro inferior derecho y hace que desaparezca la hipersensibilidad en las zonas de la columna vertebral relatadas anteriormente.

Se le aconseja cuanto menos la extracción de la pieza 48 y procainización del tejido cicatrizal tras la extracción, sin esperar a terminar el periodo de giras.

No hay seguimiento posterior, lo que es una lástima ya que no permite corroborar la orientación diagnóstica del cordal como campo interferente. Cuando esto sucede, lo más frecuente es que el paciente haya solucionado sus problemas.

El caso de Damián

Joven entrado en la veintena, exjugador de football americano.
Hace unos meses sufrió una fractura de clavícula izquierda solucionada sin cirugía con un abundante callo óseo de reparación. La fractura y el entorno laboral le hacen abandonar este deporte aunque sigue dedicándose a la práctica de las artes marciales.

Acude por presentar molestos dolores lumbares desde hace un tiempo. Hasta el día de hoy nunca había tenido ningún tipo de molestias en su columna vertebral. Su historia de vida (historia clínica) sin ningún dato resaltable.

La exploración destaca una mayor sensibilidad y grado de dolor en T6, T12 y zona del ligamento iliolumbar izquierdo. Así mismo y con gran sorpresa por su parte, la ATM izquierda con la boca abierta resulta muy dolorosa a la presión. La maniobra "signo de la ceja de R. Maigne" del lado izquierdo resulta también muy dolorosa así como la presión sobre la transversa de C2 izquierda.

Advertidos del protocolo de búsqueda de los puntos hipersensibles según O. Godoy, se comprueba la existencia de los mismos.

Se movilizan-manipulan los segmentos hipersensibles de la CV según protocolo-normativa de Maigne.
La manipulación de C2 izquierda provoca un "crujido" espectacular que sorprende hasta al mismo terapeuta.

Desaparecen las molestias en la CV, se restablece la movilidad y disminuye considerablemente la hipersensibilidad de los puntos miofasciales.

Finalmente se solicita estudio Rx de la CV ante la sospecha de posibles alteraciones estructurales.

También la práctica de ortopantografía por el compromiso clínico en la esfera del trigémino.

En la visita de control, a las tres semanas, Damián está asintomático respecto a sus molestias y la sensación de disminución de movilidad en su columna vertebral.

La exploración manual de la columna vertebral resulta anodina e inespecífica.

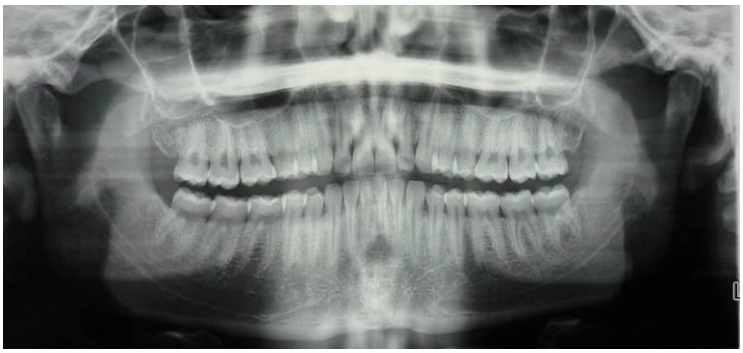
El examen radiológico practicado sorprende con la constatación de una alteración estructural en su sacro.

A Rx se observa una ¿lumbarización-sacralización? de la vértebra que deberíamos considerar como 1ª sacra, además de una imagen de espina bífida oculta y la articulación simétrica de esta vértebra con el ilíaco y la inferior sacra.
Parece existir un disco sacro.
La imagen sugiere un miembro inferior derecho (Rx en bipedestación) más acortado y una "compensación" en el segmento dorsolumbar.





La ortopantografía muestra dentadura de una corrección "total", con cordales presentes y sin aparente sospecha de campos interferentes.



No obstante ello, en la exploración clínica la ATM izquierda sigue siendo hipersensible a la presión aunque no existe signo de la ceja ni dolor a la presión sobre C2 izquierdas.

Los puntos sensibles musculares que relata Godoy tampoco están presentes pero tienen una sensibilidad superior respecto a los del hemicuerpo contrario.

Damián se encuentra bien pero "nota algo"; se le aconseja que ante una nueva aparición de molestias se someta a un test anestésico de los cuatro cordales para objetivar si tras el mismo desaparecen sus molestias e hipersensibilidades sin necesidad de movilizaciones-manipulaciones de la estructura en CV.

Si ello fuera así, induciría a pensar que el problema de Damián procede de la zona craneal del sistema Cráneo-Sacro-Mandibular descrito por M. Caluzade.

Discusión

Con la edad y la experiencia acumulada uno va reafirmándose en que se puede llegar al mismo pueblo por diferentes y variopintos caminos.

Al clínico observador con experiencia lo mueve muchas veces la intuición, que no es más que un momento en el que, tras muchas horas de trabajo "batiendo el cobre", a uno se le "aparece" la idea que da sentido a lo que está haciendo con resultados prácticos nada despreciables. Trabajo posterior es el de los sesudos científicos investigadores que puedan explicar el porqué de lo observado.

A tenor de la intuición de Oscar Godoy que relaciona cordales con escoliosis, la exposición de dos sucesos de la propia experiencia (sumada a otras muchas en este sentido que provienen de "estamentos" aparentemente inconexos) se hace recomendable no olvidar en la clínica del día a días la plausible relación diente-resto del organismo.

A este respecto señalar el concepto de Posturología defendido por un cirujano dental: el Profesor Michel Clauzade del que inserto un esquema del proceder clínico para intentar entender y aplicar en la constatación clínica de las disfunciones posturales y su posible origen en la esfera cráneo-mandibular. Lo que llama " sistema cráneo-sacro-mandibular":

Esquemas lesionales

Esquema lesional oclusal (tensión de arriba abajo)
Músculo centinela: temporal posterior, masetero, digástrico posterior.
ATM cruje a la apertura y al cierre.
Mandíbula lateralizada al mismo lado.
Hipersensibilidad C2-C3.
Puntos dolorosos descritos en el mismo lado del hemicuerpo.

Esquema lesional postural (tensión de abajo a arriba)
Músculo centinela: temporal anterior, digástrico anterior, pterigoideo lateral.
ATM cruje al cierre.
Mandíbula lateralizada al lado contrario.
Hipersensibilidad C0-C1.
Puntos dolorosos descritos en el lado contrario del hemicuerpo.

Test posturales

Test postura frente y perfil en bipedestación
A título de información no de interpretación

Test de Romberg modificado o de los índices
Correlación entre la posición de la mandíbula y el movimiento corporal o de los índices.
Test de los extensores
Valora el sistema cráneo-mandibular.
Test de la garza
Valora el equilibrio unimodal.
Test de Basani
Para valorar la tonicidad de los músculos paravertebrales.
Test de la rotación de la cabeza
Valora la rotación de la cabeza
Test de longitud de brazos y piernas
Especialmente útil para la valoración de falsos acortamientos
Test de convergencia podal
Evidencia la asimetría tónica de los músculos retadores externos de los miembros inferiores. Da idea de la integridad del reflejo nucal.
Test del reflejo nucal
Afecta a casi la totalidad de la musculatura esquelética.
Estabilometrías
Obtención de imaginería pre y postratamiento.

Este proceder al examen clínico y todo lo relacionado con la postura y el cráneo está compendiado en su libro "Orthoposturodontie 2 - Michel Clauzade y Jean-Pierre Marty - S.E.O.O. Editeur – 2006".
En proceso de traducción al español que esperamos sea publicado en breve con permiso expreso del autor.

Propuesta Godoy

A vueltas con la "intuición" de Oscar Godoy, no estaría de más que algunos (o algunos muchos) de los que en nuestro quehacer diario bregamos de vez en cuando con algunas "escoliosis" nos interesáramos en la propuesta de relacionar la aparición de los cordales con la aparición de la escoliosis.

Tan solo en centros o consultas especializadas en el manejo de la "escoliosis" podrían obtener datos "estadísticos suficientemente significativos" para avalar esta hipótesis,

No obstante ello, para los que vemos "escoliosis" de vez en cuando, no es óbice para no intentar desarrollar "un protocolo clínico" que permita en su momento clarificar esta intuición clínica.

La observación clínica no tiene porqué no ser considerada como científica (R. Leriche).

Convendría a este efecto el acotar convenientemente un "protocolo" de exploración y tratamiento adecuado para recoger datos lo más fiables posibles que pudieran dar lugar a un estudio en el que sacar conclusiones válidas a este respecto cordales-escoliosis.

Habría que:

redefinir a qué llamamos escoliosis (hoy día se llama escoliosis a cualquier cosa),
usar todos la misma notación para las piezas dentales,
identificar perfectamente los puntos dolorosos a presión,
protocolizar el examen clínico,
consensuar la actitud terapéutica y protocolizarla,
poder plasmar todos esto ítems en papel (recogida de datos).

Ardua y tediosa tarea inicial pero absolutamente necesaria para ser creíbles ante el ámbito de la comunidad que cuida de la salud.