



Dr. Francisco Colell Mitjans
doctormanos00@gmail.com



ESGUINCE ESPONTÁNEO DEL DIAFRAGMA “LESIÓN FURMAN”

En 1998 el Dr. Norberto Hugo FURMAN publica en la REVISTA IBEROAMERICANA DE FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGÍA un artículo ⁽¹⁾ en el que describe un hallazgo clínico original al sufrir en sus propias carnes un cuadro clínico con dolor en hemicinturón derecho (costotransversas T11 y T12, fosa renal, hipocondrio, epigastrio) y síndrome vagal; taquicardia, apnea, náuseas, disminución del apetito, pérdida de peso corporal y alteraciones del sueño; inicialmente sugestivas de una lesión orgánica abdominal.

Relata Furman la aparición de la sintomatología tras una gastroenterocolitis que le provocó intensos vómitos durante dos días. Explica en su artículo la peregrinación entre especialistas digestivos con resultados diagnósticos negativos hasta encontrar a un clínico que tras un examen exhaustivo localizó por palpación dos puntos dolorosos en los cartílagos costales de la zona de inserción del diafragma. Este clínico orientó el diagnóstico como un desgarró del diafragma ocasionado por los esfuerzos realizados con los vómitos.

Tras cinco sesiones de tratamiento con infrasonidos, vibraciones, compresas de hielo, láser, masaje, y tracción vertebral en la zona baja del hemitorax derecho desapareció la sintomatología dolorosa.

Consigue Furman con una serie de 19 pacientes explicar de manera lógica y plausible el mecanismo etiopatogénico, las razones de la sintomatología, y la propuesta terapéutica adecuada para la solución de la dolencia. Destaca el aspecto psicológico, pues los pacientes afectados, arrastran la dolencia desde meses o años de evolución.

Señalar que como es característico en Medicina Manual con las afecciones que provocan desarreglos dolorosos comunes “menores” **el diagnóstico es exclusivamente clínico**, los exámenes complementarios no aportan datos objetivos de patología o son poco significativos o irrelevantes.

Personalmente considero importante la atenta lectura del trabajo del Dr. Furman, ya que abre una perspectiva inédita o muy poco conocida de una entidad clínica que por experiencia es más habitual de lo que puede parecer. El conocimiento de esta posibilidad lesional, descartadas patologías mayores, soluciona en breve tiempo unas molestias o dolores que por su inespecificidad y cronificación pueden alterar considerablemente el equilibrio físico y psíquico del que la padece.

Conocedor de la importancia del diafragma como músculo responsable de la respiración, pero además en relación con el plexo cervical y elemento básico en la normofunción de la movilidad de las vísceras torácicas y abdominales, el

artículo de Furman (encontrado a los 5 años de su publicación, por el trabajo obligado de los miembros del GBMOIM en busca de patologías menores de diagnóstico eminentemente clínico) ofreció un dato más para la orientación y el tratamiento de los pacientes que acuden a la consulta diaria con dolores o molestias que los protocolos estandarizados de la actual estructura de la medicina cataloga como raros o desconcertantes.

Así pues, puedo afirmar que gracias al “hallazgo Furman”, cuanto menos de 3 a cinco pacientes por año, se han ido beneficiando del conocimiento de esta patología.

El estrecho contacto con deportistas de todo nivel, a permitido constatar que la lesión o cuanto menos la “prelesión” (que podríamos llamar **distensión del hemidiafragma derecho**) es más frecuente de lo que se supondría cuando se piensa en ella. Muchos de estos deportistas se han beneficiado del tratamiento dirigido al hemidiafragma derecho cuando han presentado episodios de “flato” al esfuerzo, “neuritis intercostal de costillas flotantes”, náuseas (que se atribuyen a la producción de ácido láctico), pirosis, epigastralgias, y todo tipo de dolores relacionados con las estructuras de inserción de este músculo, sin llegar a desarrollar el cuadro “florido” que relata el Dr. Furman. La mayoría de ellos pueden llevar una vida normal, la sintomatología aparece al esfuerzo, como sucede con muchos corredores de largo recorrido.

Al arsenal terapéutico propuesto inicialmente le hemos añadido técnicas ⁽²⁾ globales en tórax y abdomen, específicas para el diafragma, terapia neural, manipulación de costillas flotantes, baños farádicos, Spark-Gap puntual, terapia Leriche.

En la actualidad pensamos que, por lo menos en el ámbito deportivo, no es preciso que el mecanismo lesional (tos, vómito, maniobra de Valsalva) sea pleno para que se desarrolle una sintomatología de difícil clasificación. La simple distensión de la cúpula diafragmática derecha, comprimida por el relieve hepático en una mala coordinación respiratoria durante el esfuerzo, sería suficiente para irritar las inserciones periféricas de éste músculo y provocar una sintomatología muy cercana a la descrita (estadío de prelesión).

Es de desear que los facultativos que atienden a este tipo de pacientes, conozcan cada vez más la posibilidad de este síndrome. Así como deseable también el enfoque dirigido específicamente a mantener el diafragma y la movilidad de las vísceras (en el estado óptimo para soportar los esfuerzos) por parte de los fisioterapeutas y preparadores físicos que trabajan con ellos.

Conste aquí nuestro más sincero agradecimiento al Dr. N. Hugo Furman por su hallazgo, sistematización, y divulgación de este conocimiento.

Referencia Bibliográfica

1.- Furman, N. Hugo. Desgarro espontáneo del Diafragma. Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología. Volumen 1. Número 3. Páginas 189 a 197. Octubre-Diciembre 1998.

2.- Colell Mitjans, Francisco. Osteopatía Visceral, Procedimientos y Técnicas en tórax y Abdomen. Editorial Morales y Torres. Barcelona 2003.