

Terapia Osteopática Manipulativa en lumbalgia inespecífica: revisión de la literatura

María Ayelén Ticak* & Lucia Tuya
Escuela Osteopática de Buenos Aires

*Contacto: ayelenti@gmail.com

Resumen: El dolor lumbar (DL) se define como un dolor localizado debajo del margen costal y por encima de los pliegues glúteos. Se denomina inespecífico a aquel que presenta tensión, dolor y / o rigidez en dicha zona, donde no es posible identificar una causa específica del dolor. Hay muchas opciones de tratamiento para hacer frente al DL inespecífico. La terapia osteopática manipulativa (TOM) es una de las opciones de tratamiento. La Asociación Americana de Osteopatía (AOA) recomienda que osteópatas utilicen la TOM en el cuidado de pacientes con DL. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de la literatura para evaluar la eficacia de la TOM en lumbalgia inespecífica en personas mayores de 18 años, incluyendo también la condición de embarazo y posparto como subgrupo. Se incluyeron artículos científicos que aborden la TOM en pacientes con DL inespecífico. Se analizó a embarazadas y posparto como subgrupo. Los estudios que incluimos en esta revisión son en español y/o inglés y fueron publicados en los últimos 10 años. De un total de 124 artículos, se incluyeron 11 estudios. La mayoría utilizó como variables principales dolor y discapacidad. Los resultados fueron heterogéneos. En lo que respecta a lumbalgia inespecífica, una revisión sistemática con metaanálisis y dos ensayos clínicos presentaron resultados favorables en relación al dolor a favor de la TOM. En relación al subgrupo de embarazadas, la mayoría de los estudios tuvieron efectos positivos al comparar TOM y cuidados obstétricos habituales (COH) con lista de espera o COH sólo. No fue así cuando se lo comparó con un

tratamiento placebo. Se han encontrado estudios que demuestran la eficacia del tratamiento con TOM en pacientes con lumbalgia inespecífica, y estudios que evidencian efectos favorables del tratamiento con TOM en mujeres embarazadas y posparto. Los estudios que se han encontrado son de baja calidad metodológica con una muestra pequeña y los tratamientos, en su mayoría, no tienen una descripción detallada.

Palabras clave: Lumbalgia, Terapia osteopática manipulativa, Manipulación osteopática

Title: Osteopathic manipulative therapy in nonspecific low back pain: literature review

Abstract: Low back pain (LBP) is defined as a pain located below the costal margin and above the gluteal folds. The term nonspecific is applied to whatever presents tension, pain, or rigidity in such area where the specific cause of pain is not identifiable. There are various options of treatment to face the nonspecific LBP. Osteopathic manipulative treatment (OMT) is one option of treatment. The American Osteopathic Association (AOA) recommends osteopaths to use OMT in the care of patients with LBP. The aim of that study is to carry out a review of the literature to evaluate the efficacy of OMT in nonspecific LBP in people over 18 years of age, also including the condition of pregnancy and postpartum as a subgroup. We included scientific studies that deal with OMT in nonspecific LBP, as well as pregnant and postpartum women as a subgroup. Papers that we selected for this review are in Spanish and/or English and

have been published in the last 10 years. 11 research papers were included out of a total of 124 articles. Most of these included pain and disability as the main of variables. The results were heterogeneous. As regards nonspecific LBP low back pain, a systematic review with meta-analysis and two clinical trials presented favorable results in relation to pain as respects of OMT. In relation to the subgroup of pregnant women, most of the studies show positive effects when comparing OMT and usual obstetric care (UOC) with the waiting list or UOC only. This was not the case when

compared to a placebo treatment. Studies have been found that demonstrate the efficacy of treatment with OMT in patients with nonspecific low back pain, and studies that show favorable effects of treatment with OMT in pregnant and postpartum women. The studies that have been found are of low methodological quality with a sample small and the treatments, for the most part, do not have a detailed description.

Keywords: Low back pain, Osteopathic manipulative treatment, Manipulation osteopathic

El dolor lumbar (DL) se define como un dolor localizado debajo del margen costal y por encima de los pliegues glúteos. Se denomina inespecífico o mecánico a aquel que presenta tensión, dolor y / o rigidez en dicha zona, donde no es posible identificar una causa específica del dolor, como tumor, infección, síndrome radicular o alguna patología espinal [1,2]. El DL mecánico surge intrínsecamente de la columna, de los discos intervertebrales o de los tejidos blandos circundantes. El trauma repetitivo y el uso excesivo son causas comunes de DL mecánico crónico, que a menudo es secundario a una lesión en el lugar de trabajo. Las señales de alerta o “banderas rojas” pueden ayudar a identificar los casos de lumbalgia no mecánica y dar lugar a una evaluación o imágenes adicionales. Las banderas rojas incluyen pérdida motora o sensorial progresiva, retención o incontinencia urinaria, antecedentes de cáncer, procedimiento espinal invasivo reciente y traumatismo significativo en relación con la edad. El diagnóstico de lumbalgia mecánica debe realizarse cuando se haya descartado la enfermedad sistémica y el dolor

referido y no se hayan identificado señales de alerta [3].

Esta condición tiene una alta incidencia y prevalencia [4]. Alrededor del 50% de la población en general presenta DL en el curso de un año y hasta un 80% de las personas informa DL durante la vida [4]. Alrededor del 85% de los pacientes con DL crónico no tiene una causa anatomopatológica precisa [1]. La gran mayoría presenta DL agudo (a corto plazo) y se recupera en unas pocas semanas, con o sin tratamiento. El DL de mayor duración, subagudo (durante 6 a 12 semanas) y crónico (mayor a 12 semanas), en general presenta resultados menos favorables. Una proporción pequeña de pacientes con DL agudo va a presentar DL invalidante y crónico, que puede interferir en cada aspecto de la vida normal, causar dolor y sufrimiento significativos y dar lugar a costos enormes de atención médica, discapacidad laboral y reclamos de indemnización por parte de los trabajadores [5].

El DL y el dolor pélvico posterior (DPP), definido como dolor en la sínfisis púbica y/o en la región de una o ambas articulaciones sacroilíacas

y dolor en la región glútea, en embarazadas y durante el posparto es muy común. La prevalencia durante el embarazo es del 24%-90%, aunque se estima con mayor frecuencia entre el 40% y 50%. La misma empeora con el correr de los meses y tiene su pico en el último trimestre. La prevalencia del DL en el posparto aumenta durante el año posterior al nacimiento, estimándose un 28% después del tercer mes hasta más del 50% después del quinto mes y del 67% después de los 12 meses [1]. La causa de dolor aparenta ser de tipo inespecífica y está relacionada con los cambios posturales a partir de un aumento de la lordosis lumbar para equilibrar el aumento de peso en la zona anterior del abdomen. Estos cambios posturales sumado al ineficiente control neuromuscular, pueden contribuir a desarrollar disfunciones ligamentarias, miofasciales o articulares [6].

Existen múltiples modalidades de tratamiento para el DL mecánico. En cuanto al tratamiento quirúrgico, la Sociedad Americana del Dolor recomienda ofrecer la cirugía solo a los pacientes que han tenido DL discapacitante que afecta la calidad de vida durante más de un año. Dentro del tratamiento farmacológico, hay pruebas moderadas que apoyan el uso de fármacos antiinflamatorios no esteroides y opioides en el tratamiento a corto plazo del DL mecánico. Hay poca evidencia sobre el beneficio de la utilización de antidepresivos, relajantes musculares, parches de lidocaína y estimulación nerviosa eléctrica transcutánea en el tratamiento del DL crónico. Sin embargo, los efectos adversos

que incluyen sedación, abuso e hipotensión pueden limitar su uso [3]. En cuanto al tratamiento no farmacológico, existen varias herramientas para tratar el DL: método McKenzie [3], técnicas de terapia manual, ejercicios terrestres o acuáticos, yoga, entrenamiento en terapia cognitiva, escuelas de espalda, masajes, manipulación y movilización, taping y modalidades de fisioterapia [2,5]. Se ha demostrado que la terapia manual es efectiva en términos de costos y recuperación. La terapia osteopática manipulativa (TOM) es una de las opciones de tratamiento, dentro de la terapia manual, que investiga la causa del problema basada en la relación entre la estructura y la función [2,5].

La Asociación Americana de Osteopatía (AOA) recomienda que osteópatas utilicen la TOM en el cuidado de pacientes con DL. Evidencia de revisiones sistemáticas y metaanálisis de estudios controlados y aleatorizado (ECAS) sustentan esta recomendación [7].

Según la definición de la AOA, en su guía clínica práctica del 2016, la TOM es una modalidad utilizada comúnmente por osteópatas para complementar el manejo de las disfunciones musculoesqueléticas, incluyendo aquellas causadas por DL. La TOM es definida por el diccionario de la terminología osteopática como: la aplicación terapéutica de fuerzas manuales llevadas a cabo por un osteópata para mejorar la función fisiológica y/o colaborar con la

homeostasis del cuerpo que ha sido alterada por una disfunción somática (DS) [7,8].

La DS se define como el daño o la función alterada de alguno de los componentes del sistema somático: estructuras óseas, articulares y miofasciales y sus respectivos elementos vasculares, linfáticos y neurales [7,8]. Los criterios de diagnóstico para la DS incluyen la alteración de la textura del tejido, asimetría, restricción del movimiento y sensibilidad alterada, cualquiera de los cuales debe estar presente para el diagnóstico [7].

La TOM incluye habitualmente una amplia variedad de técnicas manuales, entre las que se encuentran: stretching de tejidos blandos, manipulación espinal, técnica de energía muscular y técnicas viscerales⁴. El tratamiento se caracteriza por una visión holística del paciente, incluyendo consejos sobre el estilo de vida y un enfoque biopsicosocial. La TOM se aplica en diferentes regiones del cuerpo y tejidos, muchas veces alejados del área sintomática, según el criterio clínico del profesional tratante [6].

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de la literatura a partir de ECAS, guías clínicas y revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis desde el año 2010 hasta la actualidad para evaluar la eficacia de la TOM en las lumbalgias inespecíficas en personas mayores de 18 años, incluyendo también la condición de embarazo y parto como subgrupo.

Método

Diseño

Se llevó a cabo una revisión de la literatura sobre el tema de estudio a través de la base de datos electrónica de Ciencias de la Salud Pubmed.

Los criterios de inclusión fueron: artículos científicos (ECAS, guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis) que aborden la TOM en pacientes con lumbalgia inespecífica, con una antigüedad igual o menor a 10 años en español y/o inglés. Se incluyeron aquellos artículos que analizaban a mujeres embarazadas y durante el posparto, realizando un análisis como subgrupo, dado que no se considera una patología específica, sino que son factores de riesgo para presentar lumbalgia inespecífica. Se excluyeron aquellos artículos donde no se disponía del texto completo o estaban en un idioma diferente a los nombrados anteriormente.

Procedimiento

Atendiendo a los criterios de inclusión se realizó una preselección de las publicaciones que se adecuaban al objeto de la investigación.

La estrategia de búsqueda incluyó descriptores como “Low Back Pain”, “Osteopathic Manipulative Treatment” y “Manipulation, Osteopathic” (Tabla 1).

Tabla 1. Estrategia de búsqueda

PUBMED	Resultados	Seleccionados
Osteopathic manipulative treatment[mesh terms],,, ""manipulation, osteopathic""[mesh terms]"	1.022	
Osteopathic manipulative treatment[tiab],,, ""osteopathic manipulative treatment""[title/abstract]"	432	
low back pain[mesh terms],,, ""low back pain""[mesh terms]"	21.699	
""low back pain""[tiab],,, ""low back pain""[title/abstract]"	27.32	
#1 or #3,,,""manipulation, osteopathic""[mesh terms] or ""osteopathic manipulative treatment""[title/abstract]"	1.191	
4 or #5,,,""low back pain""[mesh terms] or ""low back pain""[title/abstract]"	34.399	
#6 and #7,,,""manipulation, osteopathic""[mesh terms] or ""osteopathic manipulative treatment""[title/abstract] and (""low back pain""[mesh terms] or ""low back pain""[title/abstract])"	124	Orrock, et al. (2013) Franke, et al. (2014) Licciardone, et al. (2016) Licciardone, et al. (2013) Guia de practica clinica de la Asociacion Americana de Osteopatia (2016) Hall, el al. (2016) Liddle, et al. (2015) Franke, et al. (2017) Schwerla, et al. (2015) Hensel, et al. (2015) Licciardone, et al. (2013)

Resultados

Lumbalgia inespecífica

Tabla 2. Osteopathic intervention in chronic non-specific low back pain: a systematic review
Orrock, et al. [4]

Método	Revisión sistemática
Participantes	2 estudios, uno incluye 91 pacientes y, el otro, 239 pacientes
Tipo lumbalgia	Crónica
Intervenciones	TOM, intervención simulada, no tratamiento, ejercicio grupal, fisioterapia
Variables	- Discapacidad: Oswestry Low Back Pain Disability Indexa - Calidad de vida: Cuestionario de calidad de vida SF-36
Resultados	Se incluyeron 2 ensayos donde uno concluye que la intervención osteopática tuvo un efecto similar a la intervención simulada y el otro sugiere similitud del efecto de la intervención osteopática con ejercicio y fisioterapia

Terapia Osteopática Manipulativa en lumbalgia inespecífica: revisión de la literatura

Tabla 3. Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis
Franke, et al. [1]

Método	Revisión Sistemática con metaanálisis
Participantes	15 estudios con un total de 1.731 pacientes
Tipo lumbalgia	Inespecífica crónica, aguda, en embarazo y posparto
Intervenciones	TOM, tratamiento simulado, tratamiento estándar, fisioterapia, tratamiento habitual, sin tratamiento, ejercicios, onda corta, placebo de onda corta, calor
Variables	<p>-Discapacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oswestry Low Back Pain Disability Index^a • Roland-Morris Disability Questionnaire^b <p>-Intensidad del dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visual Analogue Scale (VAS)^c • Numer Rating Scale (NRS)^d • McGill Pain Questionnaire^e
Resultados	<p>TOM en lumbalgia inespecífica aguda y crónica versus otras intervenciones: las pruebas de calidad moderada sugirieron que la TOM tuvo un efecto significativo sobre el alivio del dolor y el estado funcional</p> <p>TOM en lumbalgia inespecífica crónica versus otras intervenciones: evidencia de calidad moderada sugirió una diferencia significativa a favor de la TOM con respecto al dolor y al estado funcional</p> <p>TOM en lumbalgia inespecífica en embarazadas versus tratamiento obstétrico habitual, ultrasonido simulado y sin tratamiento: evidencia de baja calidad sugirió una diferencia significativa a favor de la TOM para el dolor y el estado funcional</p> <p>TOM en lumbalgia inespecífica en el posparto: evidencia de moderada calidad sugirió una diferencia significativa a favor de la TOM para el dolor y el estado funcional</p>

Tabla 4. Recovery from Chronic Low Back Pain After Osteopathic Manipulative Treatment: A Randomized Controlled Trial
Licciardone, et al [9]

Método	Ensayo controlado aleatorizado, doble ciego
Participantes	455 hombres y mujeres de 21 a 69 años
Tipo lumbalgia	Crónica inespecífica
Intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo TOM (230 pacientes): sesiones de 15 minutos proporcionadas por médicos osteópatas, becarios o residentes • Grupo TOM simulada (225 pacientes): se aplicó el contacto manual, movilizaciones activas/pasivas, y técnicas que simulaban técnicas osteopáticas, pero usaban maniobras tales como toque ligero, posicionamiento inadecuado del paciente, movimientos mal dirigidos intencionalmente
Variables	<p>-Discapacidad: Roland-Morris Disability Questionnaire^b</p> <p>-Intensidad del dolor: Visual Analogue Scale (VAS)^c</p>
Resultados	Hubo un gran efecto del tratamiento para la recuperación con TOM. También hubo un efecto de interacción significativo entre la TOM y la depresión, lo que indica que los pacientes sin depresión tenían más probabilidades de recuperarse de la lumbalgia crónica con TOM

Tabla 5. Osteopathic Manual Treatment and Ultra- sound Therapy for Chronic Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial
Licciardone, et al. [10]

Método	Ensayo controlado aleatorizado doble ciego
Participantes	455 pacientes
Tipo lumbalgia	Crónica inespecífica
Intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo TOM: manipulación de alta velocidad y baja amplitud, manipulación de moderada velocidad y moderada amplitud, stretching, liberación miofascial, punto gatillo, relajación post-isométrica. Si el tiempo lo permite y el profesional considera que algunas de las técnicas no son adecuadas puede realizar otra técnica • Grupo TOM simulado: técnicas que simulaban TOM, pero que usaban maniobras con inadecuado posicionamiento del paciente, movimientos mal dirigidos y disminución de la fuerza del operador • Grupo Ultrasonido (US): se utilizó el Sonicator 730, a una intensidad de 1,2 W/cm² y frecuencia de 1 MHz en modo continuo • Grupo US simulado: se aplicó de la misma manera pero a una intensidad subterapéutica de 0,2 W/cm²
Variables	<ul style="list-style-type: none"> -Intensidad del dolor: Visual Analogue Scale (VAS)^c -Discapacidad: Roland-Morris Disability Questionnaire^b -Calidad de vida: Cuestionario de calidad de vida SF-36 -Satisfacción en el cuidado de la espalda: escala de Likert de 5 puntos
Resultados	<p>No hubo interacción estadística entre TOM y US. Los pacientes que recibieron TOM tuvieron más probabilidades que los pacientes que recibieron TOM simulada de lograr mejorías moderadas y sustanciales en el DL en la semana 12.</p> <p>La funcionalidad de la espalda, la salud general, la discapacidad laboral específica del DL, los resultados de seguridad y la adherencia al tratamiento no difirieron entre los pacientes que recibieron TOM y TOM simulada</p> <p>Sin embargo, los pacientes en el grupo TOM tenían más probabilidades de estar muy satisfechos con el cuidado de la espalda durante todo el estudio</p> <p>Los pacientes que recibieron TOM utilizaron medicamentos recetados para el DL con menos frecuencia durante las 12 semanas que los pacientes del grupo de TOM simulada</p> <p>La terapia con ultrasonido no fue eficaz</p>

Tabla 6. American Osteopathic Association Guidelines for Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) for Patients With Low Back Pain

Task Force on the Low Back Pain Clinical Practice Guidelines [7]

Método	Guía clínica
Participantes	15 estudios incluidos en la revisión: 6 de Alemania, 5 de Estados Unidos, 2 de Reino Unido y 2 de Italia
Resultados	El tratamiento de manipulación osteopática reduce significativamente el dolor y mejora el estado funcional en pacientes con DL agudo y crónico inespecífico, incluidas las mujeres embarazadas y en el posparto
Recomendación	La AOA recomienda que los osteopatas usen TOM para el tratamiento de las lumbalgias, la evidencia de revisiones sistemáticas y metaanálisis de ensayos clínicos avalan esta recomendación. Sugiere un algoritmo para la toma de decisiones para la TOM sobre el DL

Terapia Osteopática Manipulativa en lumbalgia inespecífica: revisión de la literatura

Embarazadas y posparto

Tabla 7. The effectiveness of complementary manual therapies for pregnancy-related back and pelvic pain. A systematic review with meta-analysis
Hall, et al. [11]

Método	Revisión sistemática con metaanálisis
Participantes	10 estudios con un total de 1.198 participantes
Tipo lumbalgia	En embarazadas y dolor pélvico
Intervenciones	Movilización, manipulación espinal, masaje, técnicas miofasciales, osteopatía, quiropraxia, cuidados habituales, otra intervención o sin intervención
Variables	Intensidad del dolor: <ul style="list-style-type: none"> • Visual Analogue Scale (VAS)^c • Numer Rating Scale (NRS)^d -Discapacidad: Roland-Morris Disability Questionnaire -Calidad de vida: European Quality of life 5 ^f
Resultados	El metaanálisis reveló un efecto positivo de la terapia manual en comparación con los cuidados habituales en la intensidad del dolor y discapacidad. En cuanto a la calidad de vida no se obtuvieron resultados por escasez de datos

Tabla 8. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy (Review)
Liddle et al. [12]

Método	Revisión sistemática
Participantes	34 ensayos clínicos aleatorizados con un total de 5121 participantes
Tipo lumbalgia	En embarazadas, dolor pélvico o ambas (lumbalgia más dolor pélvico)
Intervenciones	Ejercicios, yoga, relajación muscular progresiva, terapia manual (TOM, manipulación espinal, terapia cráneo sacra, técnica neuro emocional), acupuntura con o sin ejercicios, tratamiento multimodal (terapia manual, ejercicios y educación), cinturones pélvicos, kinesiotape, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea.
Variables	-Intensidad del dolor: <ul style="list-style-type: none"> • Visual Analogue Scale (VAS)^c • Numer Rating Scale (NRS)^d -Discapacidad: <ul style="list-style-type: none"> • Oswestry Low Back Pain Disability Index^a • Roland-Morris Disability Questionnaire^b
Resultados	Un solo estudio de baja calidad metodológica (Peters 2007) arroja que las TOM, tanto en la lumbalgia como en el dolor pélvico, reduce significativamente el dolor y la discapacidad (comparado con lista de espera) Tres estudios analizan exclusivamente en lumbalgias, la TOM más cuidados prenatales versus ultrasonido más cuidados prenatales versus cuidados prenatales: - Uno con moderada calidad metodológica (Hensel 2014) establece que la TOM más los cuidados prenatales mejoró el dolor y la discapacidad significativamente comparado con cuidados prenatales sólo, pero no más que los cuidados prenatales con ultrasonido placebo -Otro ensayo clínico de baja calidad metodológica (Licciardone 2010) concluye que la TOM más cuidados prenatales versus cuidados prenatales más ultrasonido placebo no mostró diferencias significativas en disminuir el dolor y la discapacidad -Otro estudio de baja calidad (Gunderman 2013) concluye que la TOM es más efectiva en reducir el dolor que sólo los cuidados perinales

Tabla 9. Osteopathic manipulative treatment for low back and pelvic girdle pain during and after pregnancy: A systematic review and meta- analysis
Franke, et al. [6]

Método	Revisión sistemática con metaanálisis
Participantes	8 estudios, 5 analizan la TOM en lumbalgia en embarazadas y 3 la lumbalgia en posparto (un total de 862 participantes)
Tipo lumbalgia	En embarazadas y posparto
Intervenciones	TOM realizadas por osteópatas o médicos osteópatas donde tengan la libertad de elegir el tipo de técnica manual a aplicar según cada paciente, sin seguir un protocolo de tratamiento
Variables	-Intensidad del dolor: <ul style="list-style-type: none"> • Visual Analogue Scale (VAS)^c • Numer Rating Scale (NRS)^d -Discapacidad: <ul style="list-style-type: none"> • Oswestry Low Back Pain Disability Index^a • Roland-Morris Disability Questionnaire^b • Pelvic Girdle Pain Questionnaire^e
Resultados	<p>En embarazadas con lumbalgia hubo una moderada calidad de evidencia (principalmente por inconsistencia) con un tamaño del efecto moderado que la TOM disminuye el dolor y mejora el estado funcional.</p> <p>En mujeres con lumbalgia durante el posparto, los estudios demuestran un gran efecto de las TOM en disminuir dolor y mejorar la función, pero tienen una muy baja calidad (principalmente por imprecisión e inconsistencia)</p> <p>Con respecto a la TOM para el DL en el embarazo, se realizó un análisis de subgrupos para examinar la TOM versus cada intervención específica el cual presentó una gran heterogeneidad e imprecisión (muy pocos participantes). Se encontraron efectos significativos a favor de la TOM con grupos de control no tratados para el dolor y función, pero no se encontraron efectos significativos cuando la comparación fue un control simulado</p>

Tabla 10. Osteopathic Manipulative Therapy in Women With Postpartum Low Back Pain and Disability: A Pragmatic Randomized Controlled Trial
Schwerla [13]

Método	Ensayo clínico aleatorizado
Participantes	80 mujeres
Tipo lumbalgia	En el posparto
Intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo TOM: recibieron TOM, técnicas directas, indirectas, viscerales y craneales • Grupo control: lista de espera
Variables	-Intensidad del dolor: Visual Analogue Scale (VAS) ^c -Discapacidad: Oswestry Low Back Pain Disability Index ^a
Resultados	Se obtuvo mejoría estadísticamente significativa en ambas variables para el grupo TOM. La evaluación en el seguimiento mostró mejoría adicional

Terapia Osteopática Manipulativa en lumbalgia inespecífica: revisión de la literatura

Tabla 11. Pregnancy Research on Osteopathic Manipulation Optimizing Treatment Effects: The PROMOTE Study A Randomized Controlled Trial
Hensel, et al. [14]

Método	Ensayo clínico aleatorizado
Participantes	400 mujeres
Tipo lumbalgia	En embarazadas (tercer trimestre)
Intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo TOM más atención obstétrica habitual (AOH): se llevó a cabo un protocolo de tratamiento de 12 maniobras de entre 1 y 2 minutos de duración, con un total de 20 minutos, realizadas por un osteópata certificado en las siguientes regiones corporales: musculatura paraespinal bilateral cervical, torácica y lumbar; charnela toraco-lumbar; articulación sacroilíaca, cadera y pelvis • Grupo US placebo más AOH: consistía en estimulación táctil y manual en las mismas regiones donde se aplicó las TOM y con duración similar • Grupo AOH: las pacientes de este grupo no recibieron intervención ni interacción con el médico tratante
Variables	<ul style="list-style-type: none"> -Intensidad del dolor: Visual Analogue Scale (VAS)^c -Discapacidad: Roland-Morris Disability Questionnaire^b
Resultados	Se encontraron efectos significativos en el tratamiento en relación al dolor y función, con resultados similares entre TOM y US placebo. Pero ambos grupos tuvieron efectos significativamente mejores comparados con la AOH

Tabla 12. Prevention of Progressive Back-Specific Dysfunction During Pregnancy: An Assessment of Osteopathic Manual Treatment Based on Cochrane Back Review Group Criteria
Licciardone, et al. [15]

Método	Ensayo clínico aleatorizado
Participantes	146 pacientes
Tipo lumbalgia	En embarazadas (tercer trimestre)
Intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo AOH más TOM: la terapia osteopática manual la realizaron médicos osteópatas e incluyó técnicas de tejido blando, liberación miofascial, movilidad y energía muscular. El protocolo TOM excluyó el uso de empujes de alta velocidad, baja amplitud y compresión del cuarto ventrículo con el argumento teórico de que estas técnicas pueden presentar riesgos para la paciente o el feto • Grupo AOH más US placebo: se aplicó ultrasonido no funcional que proporcionó señales visibles y auditivas para ayudar a obtener una respuesta al placebo • Grupo AOH
Variables	<ul style="list-style-type: none"> -Intensidad del dolor: Visual Analogue Scale (VAS)^c -Discapacidad: Roland-Morris Disability Questionnaire^b
Resultados	Los pacientes que recibieron AOH mas TOM tuvieron estadísticamente menos posibilidad de tener disfunción de espalda progresiva versus los otros tratamientos. El presente estudio indica que las TOM tienen un efecto de tratamiento moderado y grande en prevenir la disfunción de espalda progresiva durante el tercer trimestre de embarazo

a- Índice de discapacidad de dolor lumbar de Oswestry
b- Cuestionario de discapacidad de Roland- Morris
c- Escala visual análoga
d- Escala de calificación numérica
e- Cuestionario de dolor McGill
f- Calidad de vida europea 5
g- Cuestionario sobre el dolor de la cintura pélvica

Discusión

Orrok, et al. [4] realizan una revisión sistemática, pero debido a la heterogeneidad entre los dos estudios, diversidad clínica y metodológica, no se pudo realizar el metaanálisis ni sacar conclusiones sólidas. Esta revisión sólo incluyó dos estudios que cumplieron los criterios de búsqueda específicos y concluyeron que la TOM tuvo un efecto similar a la intervención simulada, al ejercicio y a la fisioterapia.

La revisión de Franke, et al. [11], sugiere que la TOM mejora el dolor y el estado funcional en la lumbalgia inespecífica aguda y crónica y en las mujeres embarazadas con DL. Los autores excluyeron artículos donde se utilizó solo una maniobra de tratamiento, ya que ellos sostienen que la TOM debería ser "auténtica", en la que los médicos fueran identificados como osteópatas o médicos osteópatas y tuvieran la opción de elegir técnicas manuales y se requiriera juicio para la selección del tratamiento; sin protocolos de tratamiento estandarizados. Sin embargo, estas técnicas no fueron especificadas en ninguno de los trabajos incluidos, por lo que no pudimos saber cuáles se utilizaron. La falta de información específica sobre la entrega de TOM resulta en la incapacidad de identificar las intervenciones más efectivas para la lumbalgia inespecífica.

En el trabajo de Licciardone, et al. [9] las sesiones que recibieron los participantes las realizaron osteópatas, becarios y residentes y eran sólo de 15 minutos. Consideramos que este tiempo es insuficiente para poder llevar a cabo la

TOM y no coincide con la "real" atención por parte de un osteópata. Por otro lado, en las conclusiones sostiene que los resultados obtenidos muestran un gran efecto en la recuperación del dolor, además de observarse un efecto de interacción significativo entre el tratamiento osteopático y la depresión. Analizando el trabajo vemos que la depresión no era una de las variables a evaluar. Ellos engloban a la depresión dentro de las comorbilidades, pero luego utilizan esta condición para sacar conclusiones, tampoco establecen con que herramienta la miden. Otra cuestión a tener en cuenta en el trabajo de Licciardone, et al. [9] es que en la Tabla 1 de las características basales de los pacientes con lumbalgia, hay un porcentaje en ambos grupos que tuvieron hospitalización previa o cirugía por lumbalgia. Pensamos que a esos pacientes habría que haberlos eliminado, porque ya no serían criterios de inclusión de lumbalgia crónica inespecífica.

En el ECA de Licciardone, et al. [10] se permitieron los co-tratamientos. No se detalla cuáles, pero consideramos que esta situación podría influir en los resultados de las diferentes variables.

La AOA [7] establece recomendaciones para pacientes con DL inespecífico de origen musculoesquelético. Los pacientes con enfermedades viscerales que remiten dolor a la zona lumbar están excluidos de estas pautas. Sin embargo, la exclusión de esta guía no implica que la TOM esté contraindicada en estas condiciones. Proponen un algoritmo para la aplicación de

TOM en lumbalgia, que consideramos puede ser de utilidad para la práctica clínica habitual en nuestro consultorio. Esta guía clínica establece que una vez que un paciente con DL es diagnosticado con DS como la causa o factor que contribuye al DL, el osteópata debe utilizar la TOM.

Con respecto al subgrupo de pacientes embarazadas y posparto con lumbalgia, en la revisión sistemática de Hall, et al. [11], sólo se pudo realizar el metaanálisis sobre las variables de dolor y discapacidad, revelando un efecto positivo en la terapia manual versus cuidados habituales. La principal limitación de esta revisión fue que la mayoría de los estudios no especificaron dosificación del tratamiento ni informaron los riesgos de sesgos. Además, hay pocos estudios y de baja calidad con grupo control activo. Las TOM las engloba dentro de la terapia manual junto a otras intervenciones (quiropaxia, masajes, movilización) por lo que termina siendo muy poco específico.

En el trabajo de Liddle, et al. [12] del grupo Cochranne, se actualizó la evidencia sobre la efectividad de cualquier intervención usada para prevenir y tratar el DL y pélvico durante el embarazo. De los 34 estudios incluidos en esta revisión, sólo 3 Licciardone (2010), Hensel (2014) y Gundermann (2013) compararon la TOM con cuidados prenatales versus ultrasonido placebo con cuidados prenatales versus cuidados prenatales. La mayoría utilizó como grupo control a los cuidados prenatales, siendo éste un grupo control sin intervención, no es un grupo control

activo. Otra limitación es que todos los estudios incluidos tuvieron un alto riesgo de sesgo, la mayoría tuvo sesgo de desempeño y no completó los resultados-sesgo de deserción. Sólo el trabajo de Hensel [14] presenta moderada calidad metodológica. Mientras que los otros dos estudios son de baja calidad. La revisión de Cochranne no es específica para TOM, sino que analiza diferentes tipos de tratamiento para las lumbalgias en embarazadas y posparto. En su conclusión sólo tiene en cuenta al trabajo de Hensel, et al. [14], que es el que tiene mejor calidad metodológica. Por esta razón consideramos que es una conclusión un poco limitada para poder considerar si las TOM son o no efectivas en reducir dolor y mejorar la función en las lumbalgias en dicho grupo.

La Revisión sistemática de Franke, et al. [6] incluyó 8 ECAS. Si bien las técnicas utilizadas por los diferentes estudios fueron similares, es difícil poder saber cuán comparables son los tratamientos, dado que son pocos los trabajos en los que se detalla con exactitud cada una. Pero destacamos el concepto de TOM que utilizó el autor donde la define como “auténtica” o del “mundo real”, donde es aplicada exclusivamente por osteópatas o médicos osteópatas, teniendo la opción de elegir las técnicas manuales, sin establecer un protocolo de tratamiento y teniendo en cuenta que excluyen a los estudios que utilizan una sola técnica, como por ejemplo la manipulación de alta velocidad. En ninguno de los estudios se realizó seguimiento a largo plazo.

En el ECA de Schwerla, et al. [13] vemos como principal limitación que no hubo un tratamiento activo en el grupo control, no se les permitió recibir ningún tratamiento adicional a las mujeres que habían dado a luz, ni ninguna fuente para aliviar al dolor. Simplemente dos sesiones de TOM una vez que haya finalizado la lista de espera. También consideramos que la muestra fue pequeña (menos a 50 participantes por grupo), y que, dentro de las herramientas utilizadas, el cuestionario de Oswestry no es el indicado para este tipo de población. Los mismos autores mencionan que el cuestionario del suelo pélvico hubiera sido más apropiado.

Hensel, et al. [14] en su ECA obtuvieron resultados favorables al comparar TOM versus cuidados obstétricos habituales. Pero no fue así al establecer la comparación con US placebo. Esto podría ser debido a que el US placebo sea un tratamiento más activo que el que se pretende. Probablemente factores como el contacto, el tiempo de atención y la interacción con el terapeuta sean puntos que generen este efecto beneficioso del placebo. En este trabajo las TOM se realizan siguiendo un protocolo de tratamiento donde se establece que maniobras se realizan y por cuánto tiempo. Destacamos la facilidad para reproducir dicho tratamiento, ya que está perfectamente detallado y explicado. Pero, por otro lado, se limita pura y exclusivamente a esas maniobras y si el paciente tuviera otro origen de la sintomatología u otra zona a trabajar no sería posible brindarle ese tratamiento. Un punto a cuestionar es que las TOM se aplican sobre la

ropa. Consideramos que no es la forma de llevarlo a cabo.

En el ECA de Licciardone, et al. [15], se describe un protocolo de tratamiento de las TOM, especificando la cantidad de sesiones, las regiones del cuerpo a tratar, las maniobras a utilizar. Pero en relación a éstas últimas, sólo indica que se llevaron a cabo técnicas de tejidos blandos, rango de movimiento, técnicas fasciales o de energía muscular, pero no especifica cuáles fueron las maniobras que se utilizaron de cada una. Esto hace que su reproducibilidad sea baja. Además, por un lado, el grupo control no recibe una intervención activa, sino que se le aplica US placebo o sólo cuidados prenatales. Por otro lado, se aplica el US placebo sobre la ropa, hecho que podría influir en los resultados. Otra limitación de este estudio es que cada grupo analizado tuvo una muestra pequeña (menor a 50 personas). Las fortalezas de este ECA son que utilizaron un grupo control, el evaluador fue ciego, incluyeron en su análisis la intención a tratar para no perder datos y se basaron metodológicamente en las guías de Cochrane para revisiones sistemáticas.

En todos los trabajos analizados de TOM tanto en lumbalgia inespecífica, como en el subgrupo de embarazadas, nos resultó muy difícil poder comparar los tratamientos de los diferentes trabajos, porque la mayoría no da detalle de lo aplicado. Además, en muchas ocasiones permiten que sea el profesional tratante el que decida la técnica a aplicar. Entonces, en estos casos es difícil poder saber si la efectividad o no del tratamiento se debió a alguna técnica en particular

o la falta de aplicación de alguna otra. Esto hace que sea complicado poder reproducir los tratamientos utilizados y obtener los mismos resultados (repetibilidad). Por otro lado, al igual que Hensel, et al. [14], consideramos que también son cuestionables aquellos estudios que utilizaron un protocolo de tratamiento estandarizado con una descripción detallada de las técnicas utilizadas, dado que, si bien mejoran la calidad del estudio, no es una práctica osteopática habitual.

Se sabe que el gold estándar para los ECAS requiere el doble cegamiento (investigador y participantes) y el uso de un placebo apropiado. Si bien no es posible cegar al terapeuta, si es posible cegar al evaluador, que esto junto con un control más activo podría contribuir a mejorar la calidad metodológica de este tipo de estudios científicos [11]. Así mismo, consideramos, tal como opinan Hall, et al. [11], que hay pocos estudios de buena calidad metodológica con grupos controles con un tratamiento activo (terapia física o ejercicios); que falta una dosificación uniforme (frecuencia y tiempo) tanto para los grupos tratamiento como los controles, dado que puede haber algún efecto en los resultados en relación al tiempo y a la interacción con el terapeuta.

Son pocos los estudios incluidos que realizan seguimiento a mediano o a largo plazo. Éste sería un punto de interés para futuras investigaciones.

Se han encontrado estudios que demuestran la eficacia del tratamiento con TOM en pacientes con lumbalgia inespecífica. Otros estudios

evidencian efectos favorables del tratamiento con TOM en mujeres embarazadas y post parto. Los estudios que se han encontrado son de baja calidad metodológica con una muestra pequeña y los tratamientos, en su mayoría, no tienen una descripción detallada.

Concluimos que la TOM se basa en el criterio del osteópata sobre que técnicas son las más apropiadas para aplicar en cada paciente, y no en un protocolo, esto puede llevar a variabilidad que limite la reproducibilidad de los ensayos, pero a su vez los protocolos de tratamiento que hemos encontrados son muy estrictos y no permiten llevar a cabo una verdadera TOM como lo define la AOA y como la aplicamos en nuestros pacientes.

Referencias

1. Franke H., Franke JD., y Fryer G.; “Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis”; BMC Musculoskeletal Disorders. 2014;15:286
2. Tamer S., Öz M. y 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”; Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation. 2017;30:419-425.
3. Scott Will J., Bury, D. y Miller, A.; “Mechanical low back pain”; American Family Physician. 2018;98(7):421-428.

4. Orrock P. y Myers, S.; “Osteopathic intervention in chronic non-specific low back pain: a systematic review”; *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2013;14:129.
5. Franke H, Fryer G, Ostelo RWJG y Kamper SJ, “Técnica de energía muscular para el dolor lumbar inespecífico (Revisión)”; *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;Issue 2.
6. Franke H, Franke, JD., Belz S. y Fryer, G., “Osteopathic manipulative treatment for low back and pelvic girdle pain during and after pregnancy: A systematic review and meta-analysis; *Journal of Bodywork & Movement Therapies*. 2017; 21:752-762.
7. Task Force on the Low Back Pain Clinical Practice Guidelines: Seffinger, M., Hensel K., y Wiseman R.; “American Osteopathic Association Guidelines for Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) for Patients with Low Back Pain”; *The Journal of the American Osteopathic Association*. 2016;116(8).
8. Clinical Guideline Subcommittee on Low Back Pain: Seffinger M., Buser B., Licciardone J., Lipton J., Lynch J., Patterson M., Snow R. y Troutman M; “American Osteopathic Association Guidelines for Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) for patients with Low Back Pain”; *JAOA*. 2010;110(11):653-666.
9. Licciardone, J., Gatchel R., Aryal S.; “Recovery from Chronic Low Back Pain After Osteopathic Manipulative Treatment: A Randomized Controlled Trial”; *JAOA*. 2016;116(3):144-155.
10. Licciardone J., Minotti D., Gatchel R.; “Osteopathic Manual Treatment and Ultra-Sound Therapy for Chronic Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial”; *ANNFAMMED*. 2013;11(2):122-129.
11. Hall, H., Cramer, H., Sundberg, T.; “The effectiveness of complementary manual therapies for pregnancy-related back and pelvic pain: A systematic review with meta-analysis”; *Medicine*. 2016;95:38:1-10.
12. Liddle SD, Pennick V, “Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy (Review)”; *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;9. Art. No. CD001139:1-99.
13. Schwerla F., Rother K., Rother D., Ruetz M., Resch KL.; “Osteopathic Manipulative Therapy in Women with Postpartum Low Back Pain and Disability: A Pragmatic Randomized Controlled Trial”; *The Journal of the American Osteopathic Association*. 2015;115(7):416-425.
14. Hensel K., Buchanan S., Brown S., Rodriguez M., Cruser A; “Pregnancy Research on Osteopathic Manipulation Optimizing Treatment Effects: The PROMOTE Study a Randomized Controlled Trial”; *Am J Obstet Gynecol*. 2015;212(1):108. e1–108.e9.
15. Licciardone J., Aryal S.; “Prevention of Progressive Back-Specific Dysfunction During

Pregnancy: An Assessment of Osteopathic Manual Treatment Based on Cochrane Back Review Group Criteria”, The Journal of the American Osteopathic Association. 2013;113(10):728-736.

Recibido: Octubre, 2021 • Aceptado: Noviembre, 2021