

Masaje reflejo y otros métodos de terapia manual refleja

J. J. Gallou

F. Grinspan

Introducción

El término «masaje reflejo» es abusivo ya que el masaje induce siempre un reflejo.

Los «masajes reflejos» datan del inicio del siglo XX. Actualmente, se ofrecen pocas explicaciones científicas a excepción de las de Bossy («Bases neurobiológicas de la reflexoterapia» - 1975).

Una terapia que se califique como refleja debe obedecer a las leyes que rigen la excitación nerviosa y la transmisión sináptica.

La transmisión sináptica, las acciones reflejas y la excitabilidad de la célula nerviosa se caracterizan por:

- condiciones de excitabilidad;
- ley de adición;
- ley del «todo o nada»;
- inducción espinal inmediata (Sherrington);
- memoria celular;
- transmisión sináptica;
- campo de excitación, irradiación.

El dolor es transmitido por fibras A y C amielinizadas y poco mielinizadas.

Las fibras propioceptivas B de gran diámetro, mielinizadas, estimuladas durante el masaje, inhiben el influjo nociceptivo a nivel segmentario de la médula (producción de encefalina) y provocan la producción de endorfina a nivel suprasegmentario.

Es importante recordar la acción de las endorfinas y la de las encefalinas.

Estas técnicas son interesantes ya que permiten actuar trabajando a distancia de las zonas afectadas.

Clasificación de las terapias reflejas (según J. B. Courroy)

— Masaje superficial (técnicas de Dicke y de Teirich-Leube) en el cual el estiramiento del tejido conjuntivo superficial provocaría un influjo nervioso reflejo.

— Masaje mixto de las zonas reflejas (técnicas de Kohlraush, Glaeser y Dalicho, Vogler, y Wetterwald) [5].

— Masaje chino y similares (Shia Tsu japonés, chacras tibetanos, por ejemplo).

— Masaje plantar de Fielzgerald, e Ingham.

— Auriculoterapia: la estimulación de los puntos somatotópicos de la oreja provoca un efecto reflejo en la región corporal correspondiente (Nogier).

— Método reflejo articular: estimulación de los mecanorreceptores capsulares y ligamentosos.

— Masaje transversal profundo (MTP). Sus efectos han sido bien demostrados por Cyriax. Se puede añadir un «efecto» reflejo debido a la estimulación de los puntos de acupuntura y del tejido conjuntivo situado cerca de los tendones.

— Masaje de Grossi: posee incontestablemente una acción refleja sobre la secreción gastroduodenal.

— Drenaje linfático: el masaje superficial provocado por las manipulaciones desencadena un efecto mecánico incontestable pero igualmente, un efecto reflejo de abertura de los linfáticos (Leduc).

Sin entablar polémica a propósito de las ventajas de tal o cual técnica, es preciso saber que cada una de ellas posee sus indicaciones y sus contraindicaciones.

Su aplicación se basa en un estudio previo y en una destreza manual que es indispensable del mismo modo que en los masajes denominados clásicos, demostrando así la proximidad de estas técnicas.

¿Qué es la reflexoterapia?

— Según Willis, «es la respuesta motora involuntaria a una estimulación cutánea».

La reflexoterapia consiste en la inducción de un influjo a partir de un punto determinado, que tiene como efecto una reacción del órgano relacionado con este punto. Este influjo es acelerador o frenador según la intensidad, la frecuencia, el tiempo de aplicación y la localización de la excitación.

— Según Delmas, todo acto puede ser calificado como «reflejo» si ha sido provocado, si se ha producido o, al menos, proseguido sin la participación de la voluntad, sin control consciente, y si es posible demostrar que los influjos que lo han suscitado han recorrido un circuito compuesto de al menos dos neuronas.

J. J. GALLOU: Masseur-kinésithérapeute.

F. GRINSPAN: Masseur-kinésithérapeute.

École de kinésithérapie Centre Viggo Peterson, 5, rue Guy-Patin 75010 Paris.

— Según Sherrington, la reflexoterapia permite, mediante una excitación intensa, una reacción a distancia.

En estas técnicas reflejas, pueden aparecer reacciones locales (debidas a la biofísica, a la bioquímica) según la tríada de Lewis: calor, enrojecimiento, dermografismo elevado.

Los orígenes histamínico y psicósomático fueron teorías admitidas durante mucho tiempo. Actualmente, se considera la acción de los mediadores químicos (endorfinas).

Parece interesante señalar, en las obras de Gomolitsky y Boris Dolto, las teorías sobre la reflexoterapia y la histamina y otros elementos reflexógenos. Las hipótesis basadas en las observaciones clínicas pueden ser confirmadas o invalidadas por los progresos de la fisiología.

Sea cual sea la explicación, la acción mediante los puntos reflexógenos resulta incontestable; permite a nuevos autores describir su método.

Algunos puntos cutáneos están a veces muy alejados del órgano correspondiente, particularmente, en el masaje chino y en la reflexoterapia plantar.

— Vasalva, cortando el nervio ciático, provocó la dilatación de los vasos sanguíneos de la oreja. En su tratado de auriculoterapia de 1969, Nogier describió puntos somatotópicos del pabellón auricular que actúan selectivamente sobre la columna vertebral, las extremidades, los órganos y las vísceras.

— Leprince ha obtenido en algunas taquicardias el descenso del pulso de 120 a 70 pulsaciones practicando compresión ocular varias veces al día durante una semana.

Una constipación, una crisis de asma, una fiebre del heno, una ciática pueden ser curadas a veces con una, dos o tres cauterizaciones de puntos sensibles determinados de la mucosa nasal.

— En 1910, Abrams precisó los puntos dolorosos espontáneos o provocados que se localizan a lo largo del raquis y están en relación con las lesiones viscerales. Demostró cómo pueden utilizarse estos reflejos para actuar sobre las vísceras o la musculatura mediante excitaciones mecánicas, eléctricas o mediante el frío (cloruro de etilo) aplicadas a nivel de determinadas vértebras o de los nervios que corresponden [17].

— Ricker ha demostrado las relaciones estrechas que existen entre el sistema nervioso vegetativo y las manifestaciones hísticas.

— En 1940, P. Savy, en su tratado de terapéutica clínica, escribía que: «la aplicación de agentes físicos en la zona cutánea correspondiente al dolor inhibía la acción excitadora de origen profundo o visceral».

Repaso

Embriología

El conocimiento del proceso de desarrollo embrionario induce la comprensión de las reacciones a distancia.

— Según Mamo, el estudio de la ontogénesis da buena cuenta de los hechos: «En el estadio precoz de la formación del embrión, la correspondencia topográfica es total entre víscera, plano cutáneo y metámera común. Esta disposición se ve profundamente alterada por la evolución ulterior que modifica el esquema topográfico inicial, disociando el área somática del área visceral pero dejando intacta la organización nerviosa [21]».

— Hansen ha efectuado trabajos sobre la inervación segmentaria que determina los territorios metaméricos.

— Cajal y Schliack demostraron que podría haber una acción sobre los siete segmentos suprayacentes y los tres segmentos subyacentes a determinados niveles, por medio de colaterales aferentes.

— Denslow confirma esta teoría.

— Bossy no rechaza esta posibilidad.

El asta posterior de la médula está cubierta por el tracto de Lissauer que es una zona de paso de las fibras AS y C que emiten allí colaterales logitudinales que unen de cinco a seis metámeras.

El asta posterior desempeña un papel muy importante en la localización topográfica del dolor por la convergencia, en una misma célula, de influjo nociceptivo de origen somestésico y de origen visceral.

El cordomesoblasto se divide en dos:

— la cuerda;

— el mesoblasto subdividido a su vez en somites (pieza intermedia, lámina lateral) que constan a su vez de tres partes: el esclerotoma (columna vertebral), el miotoma (músculos estriados), el mesénquima (tejido conjuntivo, cartílago, hueso, miocardio, fibras musculares lisas de los vasos linfáticos, bazo, médula ósea, células sanguíneas).

Algunas definiciones

— Según Schkiack: «un segmento es el territorio de influencia de un solo nervio raquídeo desde su salida del agujero conjugado hasta la más pequeña partícula de tejido que inerva».

— La metámera es el segmento de médula (o somite). El desarrollo embrionario da origen a segmentaciones y relaciones que existen entre una víscera y las diferentes partes de un segmento. Los diferentes elementos de la metámera son [12]:

— el dermatoma: parte de la piel y del tejido subcutáneo con una misma inervación raquídea, es decir, el tejido conjuntivo laxo;

— el miotoma: el o los músculos, los tendones, los ligamentos, la aponeurosis, es decir, el tejido conjuntivo organizado;

— el esclerotoma: huesos largos y cortos, periostio, la parte vertebral que comprende el disco, la hemivértebra suprayacente y la hemivértebra subyacente;

— el angiotoma: vasos sanguíneos y linfáticos inervados por el mismo nervio raquídeo;

— el neurotoma: nervios raquídeos y vegetativos;

— el viscerotoma: la parte de la víscera inervada por el mismo nervio raquídeo.

En caso de afectación de una víscera, existen modificaciones a todos los niveles del segmento o de la metámera. Se habla de somite («zona») cuando varios segmentos están concernidos (cutáneo, muscular, conjuntivo, etc.). Con ocasión de esta afectación, se creará un reflejo nociceptivo víscero-músculo-cutáneo. El principio de todas estas técnicas consiste en invertir este reflejo con el fin de engendrar un reflejo cutáneo-músculo-visceral.

Tejido conjuntivo o «tejido conectivo»

Generalidades

Es de origen embrionario, derivado del mesénquima. Constituye el 16 % del peso del cuerpo y el 23 % de la masa líquida del organismo. Se encuentra en los huesos, las articulaciones, los ligamentos y las membranas.

Constituyentes

Células

— fibroblastos (fibrocitos);

— macrófagos (defensas);

— linfocitos;

- mastocitos (histamina, heparina);
- otras células sanguíneas polinucleares (neutrófilo, eosinófilo, basófilo);
- adipocitos (dermis).

Fibras

- fibras colágenas (que constituyen la armadura, provenientes de los fibroblastos);
- reticulinas;
- fibras elásticas.

Sustancia fundamental

Es amorfa y llena los espacios libres.

Diferentes tipos de tejido conjuntivo

- Laxo (hipodermis, situado entre los músculos, en las vías respiratorias y las zonas de intercambio). Existen proporciones equivalentes entre células, fibras y sustancia fundamental.
- Denso: dermis, periostio.
- Tejido reticular: hígado.
- Elástico: en los ligamentos amarillos, ligamento común vertebral posterior y las arterias.
- Tejido mucoide: compuesto de sustancia fundamental.
- Tejido adiposo.

Fisiología

El tejido conjuntivo, tejido de relleno y de sostén, es sensible a la presión y al estiramiento. Las cualidades del tejido conjuntivo son la resistencia, la elasticidad, la viscosidad, la flexibilidad, la transparencia y la posibilidad de absorber líquidos.

El tejido conjuntivo es fuente de fenómenos biofísicos, bioquímicos y bioeléctricos (neurotransmisores). Constituye el reflejo de todo desajuste anatómico y funcional del organismo y el lugar de estimulación indicado para obtener la creación de un reflejo cutaneorgánico (soporte fundamental de cualquier terapia refleja manual).

Según Pischinger, el tejido conjuntivo laxo es el medio vital del organismo.

Bogonoletz comparaba este mismo tejido conjuntivo a un verdadero medio intersticial que desempeña el papel de membrana de intercambio en el metabolismo celular.

Recuérdese esta magnífica frase de Benninghoff: «sin el tejido conjuntivo, todos los órganos y los músculos caerían gota a gota del esqueleto».

Sistema nervioso vegetativo [7]

Asegura la regulación del medio interno, la homeostasia. Posee un funcionamiento reflejo. La regulación se puede reflejar ya sea por estimulación o por inhibición.

Se divide en dos sistemas: el sistema simpático u ortosimpático y el sistema parasimpático.

Anatomía

Centros

- simpáticos: médula espinal, sustancia gris del conducto del epéndimo; tractus intermediolateralis de C8 a L2;
- parasimpáticos: tronco cerebral (cráneo: X^o par craneal); médula sacra (S2-S4).

Los centros simpáticos y parasimpáticos están bajo la dependencia del hipotálamo.

Vías aferentes

Forman parte de las vías de la sensibilidad general pero conciernen las fibras poco mielinizadas de conducción lenta. Las informaciones parten de diferentes receptores tales como los barorreceptores, los quimiorreceptores, los receptores carotídeos y de la aurícula derecha, los termorreceptores, los receptores sensibles al dolor y a la dilatación, etc. La neurona aferente termina en la base del asta posterior.

Vías eferentes

Son las mejor sistematizadas. Poseen una organización con dos neuronas: preganglionar y postganglionar.

— Vías eferentes simpáticas: el primer axón alcanza la raíz anterior, la rama comunicante blanca, la cadena ganglionar simpática laterovertebral. La sinapsis con la neurona postganglionar puede tener lugar en el ganglio laterovertebral o en el ganglio prevertebral.

— Vías eferentes parasimpáticas: la segunda neurona parte siempre de un ganglio periférico.

Fisiología

El sistema nervioso vegetativo actúa por medio de neuromediadores que pueden ser la noradrenalina o la acetilcolina.

Respuestas a los influjos colinérgicos

- pupila: constricción (miosis);
- corazón: disminución del ritmo (bradicardia);
- contractilidad: disminución;
- vasos: dilatación;
- tubo digestivo: aumento del peristaltismo; esfínteres: relajación; jugos digestivos: secreción;
- poliuria;
- vejiga: contracción del detrusor; relajación del esfínter vesical;
- piel: secreción generalizada;
- somnolencia, relajación general.

Respuestas a los influjos adrenérgicos

- pupila: dilatación (midriasis), efecto alfa;
- corazón: ritmo aumentado (taquicardia), efecto beta;
- contractilidad: aumento, efecto beta;
- vasos coronarios: constricción por efecto alfa y dilatación por efecto beta; piel, mucosas: constricción por efecto alfa; músculos esqueléticos: constricción por efecto alfa y dilatación por efecto beta;
- tubo digestivo: disminución del peristaltismo por efecto alfa; esfínteres: contracción por efecto alfa;
- piel; músculos pilomotores: contracción por efecto alfa; glándulas sudoríparas: secreción localizada (palmas de las manos) por efecto alfa.

Conclusión: según la anatomía y la fisiología del sistema nervioso vegetativo, algunos autores basan sus tratamientos en un trabajo preliminar a los niveles sacro y lumbar con el fin de actuar sobre el parasimpático sacro y, por tanto, relajar en primer lugar al paciente.

Neuromediadores

— Las endorfinas o endomorfina son morfina endógenas formadas por grandes cadenas proteicas; su acción antálgica de larga duración se debe a su fijación sobre los receptores morfínicos de los centros del dolor (tálamo) [11, 13, 14, 15, 20].

Las encefalinas son proteínas de bajo peso molecular, tratándose igualmente de morfina endógenas. Poseen una

acción antálgica de corta duración (algunos minutos), ya que son rápidamente inactivadas por las encefalinas, acción que se ejerce sobre las vías y los centros del dolor (tálamo).

Estudio masoterápico antes de un masaje reflejo

«La piel es el espejo de la salud». Tal como dice de Sambucy, «vale lo que valen el vientre y el intestino». Está en relación con las suprarrenales, con la hipófisis, etc.

Zonas reflejas (comunes a los métodos de Dicke, Teirich-Leube, Kohlaush, Glaeser-Dalicho) [1]

Localización

— Zona de la vejiga por encima del surco interglúteo.

TO (trastornos del órgano): cistitis, quemazón durante la micción, etc.

TA (trastornos asociados): pies fríos (hasta las rodillas), incontinencia por el frío, etc.

— Zona de la constipación: retracción en banda de 5 a 8 cm de ancho que parte del tercio medio del sacro oblicuo hacia abajo y hacia fuera en cada lado.

TA: fatiga, cefaleas, dolores lumbosacros.

— Zona venolinfática de la extremidad inferior: retracción en bandas de algunos centímetros de ancho que parten del tercio medio del sacro horizontal, paralelamente a la cresta ilíaca.

— Zona de la menstruación: hinchazón o retracción entre las sacroilíacas (parte alta del sacro).

Es una zona de disfunción (reglas violentas, dolorosas, amenorreas, etc.).

— Zona hepatobiliar: en general, ligera hinchazón en la cara posteroinferior a la derecha del tórax con contracturas acentuadas a nivel de los trapecios superiores.

TO: intolerancia a las grasas, sensación de hinchazón después de las comidas, tendencia al meteorismo abdominal.

TA: sensación de presión en el abdomen con o sin molestias por el vestido (cinturón, por ejemplo).

— Zona del intestino: raquis lumbar.

TO: diarrea, digestión acelerada en caso de mala alimentación, constipación.

TA: tránsito acelerado por la emoción, la fatiga.

— Zona del corazón: se extiende desde el omoplato izquierdo a la parte inferior de la caja torácica.

TO: antecedentes cardíacos; palpitaciones tras esfuerzos mínimos (subida de una escalera, marcha rápida, llevar cargas, etc.).

TA: insomnio al acostarse sobre el lado izquierdo, palpitaciones de origen psíquico, opresión en el hemitórax izquierdo.

— Zona del estómago: se extiende desde la mitad inferior del omoplato izquierdo a la parte inferior del hemitórax izquierdo.

TO: úlceras, gastritis, dolor de estómago (antes y después de las comidas).

TA: dolor en el hipocondrio izquierdo, alteraciones del apetito.

— Zona del sistema arterial de la extremidad inferior: ancha banda oblicua hacia abajo y hacia dentro en la cara posteroexterna de la nalga; sólo existe en el lado enfermo, modificando la morfología en posición sentada.

— Zona de la cabeza: retracción entre los omoplatos, repliegues engrosados en forma de anillo a nivel de la charnela cervicodorsal, cuerda de C7 en los ángulos superointernos de los omoplatos.

TO: conmoción o contusión antigua, cefaleas, migrañas, alteraciones del sueño.

TA: insomnios, alteraciones de la atención y de la memoria.

— Zona de los riñones: cresta ilíaca.

Existen zonas inactivas (zonas denominadas «mudas»).

Hansen: «el simple roce de un vestido sobre una zona muda provoca el paso de influjo hacia el haz espinotalámico y el cerebro».

Jarricot ha establecido una cartografía, esencialmente anterior, del tronco, de las zonas afectadas y de su correspondencia: reflejo viscerocutáneo en el sistema neurovegetativo.

El trazo diagnóstico específico en el método de Dicke

Se lleva a cabo a lo largo de la columna vertebral, a cada lado de las apófisis espinosas, con el fin de detectar las tensiones hísticas, los dermografismos reflejos y, por tanto, de precisar las metámeras afectadas.

Las líneas de alta resistencia al tejido cutáneo están presentes cuando existe un desorden neurovegetativo.

Las experiencias de Ricker han demostrado que existía un cambio de estado de las zonas reflejas en las enfermedades nerviosas.

Examen de la cara específico en los métodos de Dicke y Teirich-Leube

En el caso de alteraciones del sistema neurovegetativo, se puede observar midriasis, ojos saltones, brillantes, hendiduras palpebrales acentuadas.

Otros elementos útiles en el estudio

Aparte de las zonas reflejas, existen:

— puntos de tensión máxima como el punto de Boas, a nivel de D10 (estómago), el punto cubital, bajo la espina del omoplato (corazón a la izquierda), en caso de epicondilitis, por ejemplo. Los puntos máximos son zonas álgicas a la palpación que traducen localmente el sufrimiento subyacente (Dicke, Teirich-Leube);

— puntos encrucijada: descritos en mesoterapia, se encuentran cuando existe sufrimiento de un segmento móvil en particular, debidos a los influjos nociceptivos proyectados a nivel de la piel. Los puntos son buscados mediante el palpado-rodado (Wetterwald);

— puntos gatillo: zonas dolorosas muy circunscritas que se encuentran en el músculo sometido constantemente a tensión (Kohlraush);

— a nivel muscular, la presencia de la concentración del dolor ha sido denominada «espasmo nodular» por Leprince.

Toma del pulso (en las técnicas orientales)

Los pulsos radiales deben tomarse antes, durante y después de la sesión para observar las reacciones del paciente al tratamiento. Son percibidos en profundidad y en superficie.

Dolor

Se evidencia mediante un cuestionario y pruebas de evaluación. Es importante observar también la molestia del paciente.

Reacciones posibles provocadas por estas diferentes técnicas

Inmediatas

Fenómenos de sudación, de horripilación; es importante observar el dermografismo.

Secundarias

Observar la fatigabilidad, la somnolencia a veces, las náuseas, las cefaleas.

Tardías

Mencionar el trastorno orgánico o visceral si es necesario y las reacciones sobre el dolor.

Descripción de los diferentes métodos

Maniobra de palpado-rodado de Félix Wetterwald (1910)

Descripción

El palpado-rodado descrito y enriquecido en muchos aspectos por B. Dolto continúa siendo una técnica de actualidad. Su pellizcamiento cutáneo evidencia puntos nerviosos hiperálgicos; presenta su terapéutica como una acción refleja: «es por la vía centrípeta por donde la acción del pellizcamiento de los filetes nerviosos repercute sobre los centros bulbares». Su acción tiene como característica valerse de la vía del nervio enfermo.

El autor obtiene un máximo de dolor y de curación despegando la piel y no el músculo, por tanto, despegando la piel del plano subyacente y amasándola ligeramente.

En su topografía de las neuralgias de 1910, señala los puntos dolorosos con el nombre de los nervios que llegan a ellos, así como el nombre de las afecciones correspondientes.

Ejemplo: cefaleas frontales y migrañas oftálmicas así como vértigos, neuralgias del trigémino que tienen como soporte el nervio oftálmico y el nervio frontal.

La afectación radicular C2 provoca una celulalgia a nivel de la ceja (Maigne).

Todas estas afectaciones tienen como topografía el hueso frontal hasta la ceja; el tratamiento se aplica sobre la piel de la frente y de las cejas.

Otro ejemplo: el tortícolis proveniente de una neuralgia del plexo cervical superficial será tratado mediante el masaje cutáneo de la región carotídea.

Muchos de los puntos de Wetterwald y de Valleix son idénticos a los de la acupuntura china. El tratamiento se lleva a cabo mediante un acceso periférico de la celulalgia.

La maniobra comprende:

- despegue del plano cutáneo;
- formación del pliegue;
- progresión con un movimiento sincrónico o asincrónico de ambas manos.

Efectos

- liberación de las adherencias;
- acción química por el aflujo de los neuromediadores y de sustancias vasodilatadoras.

Esta técnica que posee una acción radicular puede utilizarse en particular en los síndromes célula-teno-miálgicos (descritos por Maigne).

La celulalgia puede tener un origen vertebral o visceral; se trata de un dolor diferido debido a una hipoxia celular. Siempre es localizada y es una puerta de entrada terapéutica. Deben ser investigadas las demás mecanopatías periféricas. A nivel del músculo: mialgia en el punto gatillo, por ejemplo (descrito por Travell), a nivel de los tendones, de los ligamentos y del periostio.

Dolor diferido ^[16]

La concepción anatomofisiológica explica aún bastante mal el dolor diferido; persisten numerosos enigmas.

El dolor diferido ya era evocado en el tratamiento de las neuralgias de Valleix.

Las características persisten todavía actualmente en el examen de los dolores diferidos:

- reproducción de un punto preciso neurálgico a la palpación;
- diferenciación del examen clínico y de la queja del paciente ya que sus dolores pueden ser totalmente latentes.

Hipótesis fisiopatogénica del dolor diferido

— Mecanismo de axón con posibilidad de secretar las taquiquininas, particularmente la sustancia P (*pain*: dolor).

— El tratamiento del dolor visceral es asumido por las fibras cutáneas, ya que las vísceras no son somatotópicos a nivel cerebral. Se ha constatado una interrelación entre el sufrimiento de una víscera y el territorio cutáneo proyectado.

— En las regiones anatómicas poco o no inervadas, en estadios precoces, secreciones de sustancia P pueden actuar sobre receptores polinociceptivos. De hecho, en este examen clínico, persiste una confrontación del estado local y de las consecuencias a distancia.

Las celulalgias pueden ser de origen vertebral (trastorno intervertebral menor de Maigne) y de origen visceral (zonas de Head del conjuntivo). Son a menudo unilaterales y el pliegue de la piel del lado afectado es más grueso.

— El dolor proyectado puede explicarse por la convergencia a nivel del asta posterior de la médula sobre una misma célula, de influjo nociceptivo de origen somestésico y de origen visceral.

Conclusión: el tratamiento masoterápico y, muy particularmente, el palpado-rodado, actúa sobre la causa. Este principio ha sido estudiado en numerosos trabajos y expuesto por Bagaud en «Masaje e hidroterapia».

Método de Dicke o masaje Bindegewebs ^[8,10]

Reseña histórica

Dicke, fisioterapeuta alemana (1884-1952) afectada por una tromboangéitide de las extremidades inferiores, constató signos de remisión (aumento de la temperatura, mejor vascularización de las extremidades y disminución del dolor) mediante estiramientos de determinadas zonas cutáneas, evidenciando los vínculos entre las afectaciones profundas y las repercusiones en la superficie. Este tratamiento proseguido durante varios meses evitó la amputación.

Los dolores profundos desplazados o proyectados plantean el mismo problema que los dolores viscerales que provocan algias lejos del órgano interesado, tales como:

- la braquialgia del angor;
- la escapulalgia de las afectaciones hepatobiliares;
- la dorsalgia de la úlcera gastroduodenal.

Estas numerosas correlaciones han sido observadas e investigadas sistemáticamente en los pacientes de Dicke.

Estas repercusiones a distancia pueden ser explicadas por la convergencia en las mismas neuronas del asta posterior de las fibras de origen cutáneo, de origen visceral y de las fibras nacidas en las estructuras superficiales y profundas.

Los dolores orgánicos están matizados por el psiquismo del paciente y pueden modificarlo.

Ditmar, según sus experiencias, preconiza una intensidad baja de maniobras de masaje (trazos estirados) para obtener mejores resultados.

Von Poucamer afirma que fricciones ligeras y lentas dan resultados específicos, incluso en las hipertonías musculares [23].

Dicke preconiza estimulaciones cutáneas poco intensas para actuar a distancia.

Melzack y Wall estiman que las estimulaciones ligeras desencadenan impulsos nerviosos en las grandes fibras táctiles, que inhiben a nivel del asta posterior las pequeñas fibras vectoras del dolor, y que las estimulaciones dolorosas excitan las pequeñas fibras nociceptivas que envían señales al tronco cerebral, poniendo en juego los sistemas de control del dolor, particularmente el sistema endomorfinico con sus encefalinas y sus endorfinas.

Es difícil distinguir el papel respectivo de estos dos factores:

- segmentario;
- suprasedgmentario.

Principios de acción

Es un método terapéutico reflejo dérmico, basado en el hecho de que un órgano enfermo puede manifestarse en la periferia del cuerpo en forma de síntomas reflejos y álgicos, mediante un reflejo víscero-músculo-cutáneo. Técnica realizada a base de trazos estirados (dos o tres) a nivel de la piel cuyo estiramiento provoca la estimulación del sistema neurovegetativo (SNV). Estos trazos se aplican en las metámeras sanas y nunca deben provocar una sensación desagradable.

La técnica del trazo comprende cuatro tiempos:

- localización morfológica;
- tensión hística;
- trazo propiamente dicho o desplazamiento;
- relajación de la tensión, el tejido recupera su posición.

Imperativos que deben respetarse en este método [9]

— Trabajo inicial: esencialmente dérmico y tanto más superficial y lento cuanto más adherentes sean los tejidos y cuanto mayor sea la acción sedativa buscada.

— Desensibilización a distancia de la zona afectada (deshidratación del tejido conjuntivo por desequilibrio metabólico).

— Trabajo preliminar de las regiones sacra y lumbar que permite el reequilibrio neurovegetativo y la liberación de acetilcolina.

— Dosificación juiciosa sea cual sea la interpretación de la teoría del umbral del dolor: es el umbral de reacción del paciente a la aplicación del estímulo.

— Reposo obligatorio.

— Nunca sobrepasar las 20 sesiones consecutivas. Interrupción del tratamiento si no hay ninguna mejoría tras la 5ª sesión.

En resumen, el método de Dicke se caracteriza por:

- su acción a distancia, progresiva en el tiempo y en el espacio;
- su dosificación sutil que exige del terapeuta una sensibilidad táctil consciente y permanente.

Esta técnica puede aplicarse en tres posiciones:

- sentado en un taburete, manos sobre los muslos;
- en decúbito lateral;
- en decúbito prono.

Este método se inicia siempre con la construcción de base que se extiende desde el cóccix hasta D12 y que permite relajar al paciente y actuar ya sobre las seis metámeras suprayacentes. Se prosigue con las fases siguientes (fig. 1):

— fase 1 que se extiende de D12 a D7;

— fase 2 que se extiende de D7 a C7;

— fase 3 que se extiende de C7 a la base del cráneo.

Pueden aplicarse trazos en las extremidades así como en la cara.

Técnica de Teirich-Leube o masaje del tejido organizado (fig. 2)

Teirich-Leube practica primeramente un masaje superficial global del tejido conjuntivo: el amasar-rodar. Debe observarse que los resultados de esta técnica consisten ya en reacciones nerviosas reflejas. Reserva la técnica superficial (cutánea) a los niños y a los casos agudos.

Para desencadenar una respuesta refleja vegetativa, su estiramiento debe provocar una sensación clara de corte fino.

En caso de ausencia de reacción de corte o también en caso de falsa reacción, se trabajan profundamente puntos específicos denominados «puntos de reacción». Resulta necesario durante el tratamiento que el paciente informe constantemente al terapeuta acerca de la aparición o no de la sensación local al estiramiento.

Teirich-Leube observa una reacción de gran fatiga y recomienda el reposo después del tratamiento.

Su tratamiento no sigue un esquema fijo sino que se realiza en función del examen y de lo que siente el paciente.

Todas las zonas pueden ser influidas desde la primera sesión.

Conclusión: el efecto beneficioso parece asegurado por la mejora de la anoxia de algunas fibras musculares:

- por la disminución de las distonías de algunos haces musculares;
- por la regulación de las tensiones aponeuróticas.

La eficacia de esta técnica es notable sobre las aponeurosis de envoltura y de inserción, aunque mucho menos sobre las aponeurosis de separación.

Técnica de Kohlraush o masaje del tejido conjuntivo y de la musculatura

En 1937, Kohlraush publicó sus investigaciones relativas a los reflejos visceromusculares y llamó la atención acerca del reflejo terapéutico musculovisceral. Para él, existe una posibilidad de irritación de un órgano a partir de alteraciones del miotoma correspondiente. La manifestación más frecuente en el miotoma es la hipertonia hiperálgica. Utiliza finas vibraciones, fricciones leves, así como sacudidas rítmicas. Las tensiones musculares (máximos musculares) se observan en forma de bandas de algunos centímetros de largo, cuyo grosor varía «del de la brizna de paja al del lápiz», descritas actualmente por Maigne (trastorno intervertebral menor), aunque el músculo puede estar enteramente contracturado.

En un miotoma, encuentra induraciones miogelósicas denominadas actualmente por los especialistas: espasmo nodular, punto gatillo o hiperactividad muscular focalizada cuyo grosor varía entre el de un guisante y el de una avellana, muy dolorosa a la presión. Trata estas miogelosis mediante fricciones enérgicas que, según él, provocan una remetabolización hística.

Después de su encuentro con Dicke en 1939, Kohlraush incluirá en su tratamiento el masaje de las zonas reflejas del tejido conjuntivo. Practica igualmente el masaje del periostio.



1 Masaje de Dicke. Construcción de base efectuada de forma bilateral antes de cualquier tratamiento.



2 Teirich-Leube. Masaje efectuado con el pulpejo de los dedos, siendo importante el apoyo y característica la reacción dérmica (enrojecimiento, calor y, a veces, dermatografismo elevado).

Sus maniobras siempre son moderadas y tanto más superficiales cuanto más importante sea la tensión hística. Para él, el borde inferior de la metámera afectada es más importante que su borde superior.

El efecto del «trazo estirado» es para él tanto más intenso cuanto más lentamente se haya ejecutado. Un trazo tangencial disminuye la tensión de la zona, mientras que un trazo transversal a la zona aumenta la tensión de esta última. Estos estiramientos tangenciales se repiten hasta la desaparición de las tensiones. El número de trazos puede variar de 3 a 20.

Kohlraush, desde la primera sesión, engloba todas o parte de las metámeras afectadas. En los casos agudos, solamente trata los puntos máximos a partir de la 3ª sesión. Observa a veces reacciones bastante violentas después de la sesión, probablemente a causa del tratamiento directo de las metámeras afectadas; éstas serán tenidas en cuenta para las siguientes sesiones. Según Kohlraush, no deben temerse las reacciones ya que significan que la estimulación ha alcanzado su objetivo, una respuesta neurovegetativa positiva. Considera la hipertonía como mórbida únicamente si existe hiperalgia. Según sus trabajos, una miogelosis puede desencadenar el reflejo retrógrado; no es necesario para ello que exista un reflejo primario del órgano en la periferia. Puede suceder que una miogelosis producida fortuitamente, por ejemplo a continuación de una depresión reactiva por agotamiento, pueda desencadenar el reflejo retrógrado si esta miogelosis se encuentra en la zona de un órgano.

Técnica de Glaeser y Dalicho (1962) [6]

Consideran un tratamiento global de todas las modificaciones reflejas de un segmento aunque se dirigen a cada tejido: epidermis, dermis, tejido subcutáneo, tejido conjuntivo organizado (fascias, aponeurosis), así como la musculatura y el periostio. Cada tejido es tratado mediante una técnica específica

Los autores adaptan al paciente la dosificación de su técnica; además, tienen en cuenta el número de sesiones y el intervalo entre ellas. Tienen en cuenta igualmente las posibilidades de reacción del paciente.

El ritmo es de dos a tres sesiones a la semana hasta la desaparición completa de las modificaciones segmentarias reflejas. La duración de la sesión es de aproximadamente 20 minutos.

Dalicho se opone a la aparición de un dermatografismo importante con hinchazón.

Glaeser y Dalicho inician su tratamiento cerca de la columna vertebral, en primer lugar sobre la región lumbosacra y, a continuación, trabajan el segmento interesado.

Este método ha sido experimentado por Mathias Gans en Bélgica.

Técnica de Vogler o masaje del periostio (fig. 3)

Principio

En 1953, Vogler publica sus notas sobre el tratamiento del síndrome de Sudeck-Leriche mediante el masaje del periostio. Representa los efectos antiálgicos y tróficos de esta técnica en el tratamiento de las alteraciones óseas, articulares y viscerales [22].

Su terapéutica provoca una excitación que influencia la estructura del hueso y que estimula la sensibilidad neurovegetativa de la metámera, lo que regulariza ésta, así como la viscera correspondiente. Su efecto es principalmente antiespasmódico y circulatorio.

En los trastornos agudos, sustituye a la neuralgia inicial un dolor secundario provocado y localizado a nivel del periostio. Sin embargo, los puntos tratados no son necesariamente dolorosos. El periostio puede presentar zonas de distrofia, puntos de predilección situados a nivel de las costillas, de las apófisis transversas y de las crestas ilíacas.

En estas regiones, se encontrarán depresiones, protuberancias y reblandecimientos elásticos. Se trata de signos de alteración del segmento.

Descripción

La técnica de Vogler consiste en un masaje con la punta del dedo medio, o del pulgar, o con toda la segunda falange del índice y del dedo medio (presión con la tróclea de la segunda falange).

La presión, muy débil al principio, se aumenta progresivamente hasta notar la resistencia del hueso, sin sobrepasar nunca la sensación de dolor.

La primera presión se acompaña entonces de un movimiento circular lento, muy pequeño y apenas perceptible, aunque no se trata de una rotación del dedo ni de un movimiento perforante. Finalmente, el movimiento disminuye lentamente.

La aplicación se lleva a cabo sobre zonas óseas no recubiertas de músculo. El masaje evita las emergencias nerviosas y sus aledaños, con el fin de no agravar una neuralgia o una neuritis.

Vogler nunca trabaja sobre las espinosas, la rótula, la clavícula y el cráneo.



3 Técnica de Vogler, masaje del periostio. Ejemplo de un masaje perióstico ejecutado sobre la cresta tibial.

Se aplica masaje a cada punto durante 2-5 minutos.

Al principio, este tratamiento aumenta el dolor después de la sesión (la presión provoca una pequeña periostitis) pero después de varias sesiones, los puntos se hacen cada vez menos sensibles y, a continuación, son insensibles, percibiéndose entonces un aumento de la resistencia ósea.

Así, en las tendinitis tibiales de inserción, después de la aplicación de hielo durante 10 minutos, presiones ejercidas con las interfalángicas proximales flexionadas parecen tener una acción antiálgica a mediano plazo.

Estas presiones son estáticas, de intensidad creciente hasta la aparición de dolor y mantenidas 2 minutos y, a continuación, relajadas suavemente.

La aplicación de hielo permite el mantenimiento de la presión ya que atenúa el dolor. El resultado positivo a más largo plazo solamente depende de la supresión de la causa de la tendinitis.

Masaje de Grossi

Principio

El masaje de Grossi (1952) consiste en «la reeducación secretomotora del estómago mediante reflejos abdominales leves»: se trata de un masaje reflejo.

Existe un «esquema terapéutico supuesto del trayecto seguido por el influjo sensitivo y motor secretorio en la reeducación gástrica».

Se insistirá acerca de los consejos dados por Louis Grossi:

- nunca emprender la reeducación de un paciente sin que el médico haya procedido al examen médico para concluir en que el paciente es tributario de reeducación gastrointestinal;
- resulta útil además, durante el trabajo de reeducación, hacer que el paciente sea controlado por un médico de cabecera;

- «practique esta reeducación a horas regulares y con intervalos regulares, preferentemente en ayunas, pero haga ingerir un vaso de agua antes de empezar la sesión. El estómago que es obligado a trabajar vacío se fatiga»;
- «sea muy optimista y constatará que comunicará este optimismo que le anima a sus pacientes».

Técnica

- Posición del enfermo: enfermo en decúbito dorsal, con las manos reposando a lo largo del cuerpo y la cabeza apoyada en un cojín. Esta posición permite obtener una tensión flexible de los músculos abdominales.

- Presiones: una presión deslizada lentamente en el abdomen, fácilmente perceptible por el paciente. Varios pases rápidos y superficiales (ley de adición) desencadenan igualmente la contracción, siendo ésta sin embargo menos perceptible por el paciente.

Algunos enfermos responden más fácilmente y más rápidamente al tratamiento cuando se asocian los dos métodos. Las presiones rápidas y ligeras practicadas inicialmente parecen desempeñar el papel de «starter».

- Sensaciones experimentadas por el paciente. Son dobles:

- las que se provocan a nivel de la piel;

- las que le da su estómago al contraerse.

- Ruidos percibidos por el masajista: es frecuente no percibir ningún ruido en las primeras sesiones. Este silencio puede durar varias sesiones, de seis a ocho según Grossi.

La duración de las sesiones se sitúa entre 20 y 25 minutos.

- Posición del masajista: de pie a la derecha del enfermo, a la altura de la articulación coxofemoral.

- Periodicidad: una sesión al día, realizada, en lo posible, al margen de los períodos digestivos.

- Posición de los dedos: pueden practicarse presiones realizadas de dos a tres veces, con el pulpejo del dedo medio o del anular o, incluso, con los dos a la vez para ampliar la zona de efecto.

Indicaciones [2]

Las indicaciones de esta técnica son muy específicas.

- aerofagia: estamos lejos de pretender que todas las aerofagias respondan favorablemente a la técnica de Grossi;

- constipación;

- hernias hiatales.

Conclusión: la técnica del masaje de Grossi es muy poco utilizada porque muchos prescriptores la ignoran y porque su efecto aplacante es fácilmente sustituido por la abundancia de productos farmacéuticos ofrecidos en el mercado.

Puntos reflejos de Knap y de Chapman

Puntos de Knap

Reseña histórica

Georgia Knap, nacido en Troyes en 1866, preocupado por la conservación de la juventud, evidenció los efectos necrosantes del tabaco, los efectos destructivos del alcohol y los efectos perturbadores de una alimentación desequilibrada sobre las células nerviosas, la suciedad de los tejidos y la acumulación de las toxinas en las encrucijadas nerviosas que regulan las diferentes regiones del organismo. Su experiencia de rejuvenecimiento, iniciada el 21 de abril de 1916, a los 50 años, provocaría la constatación de un rejuvenecimiento, ya que a los 70 años, aparentaba tener 40.

Generalidades

Durante su experiencia, Knap trazó un mapa de puntos situados en el tronco [17].

Otros puntos situados en otras zonas resultan tratables según la manera de Knap.

Una cierta actitud provoca, en superficie en la musculatura, en la arquitectura ósea, regiones en tensión y otras que se debilitan. Existen puntos que se vuelven dolorosos y estos puntos se convertirán en «puntos de Knap» o encrucijadas nerviosas.

Técnica

El pulgar es utilizado en posición rígida con el fin de que sólo la parte distal de la falange asegure el contacto y el apoyo, debiendo cortarse corta la uña.

Apoyo progresivo ejecutando un movimiento rotativo de pequeña amplitud; el dolor debe ir desapareciendo a medida que progresa la maniobra. Es preciso subrayar que los puntos están situados:

- en la emergencia de los nervios (Valleix);

- en el emplazamiento de depósitos dolorosos: celulitis (Wetterwald), fibrositis (Mennel), celulalgia (Jarricot), floculaciones (Lumière);

- en las inserciones musculares;
- en los ligamentos;
- en los tendones.

Los focos dolorosos intramusculares son denominados igualmente miogelosis por Fassbender. El músculo contracturado está en hipoxia relativa, lo que provoca una destrucción progresiva de las organelas y la acumulación de glucógeno.

Algunos puntos musculares denominados «puntos gatillo» por Travell pueden ser dolorosos y tratados de forma análoga. Serratrice distingue dolores musculares propiamente dichos y dolores desplazados que nacen en estructuras articulares o nerviosas que se sienten en los músculos adyacentes.

Los receptores musculares responden sobre todo a las terminaciones de las fibras C que son sensibles a los estímulos químicos, a los factores mecánicos, a la isquemia y al calor.

Puntos de Chapman

Reseña histórica

Franck Chapman, después de 30 años de osteopatía, pensó que numerosas enfermedades se debían a bloqueos de la circulación linfática. Encontró también puntos específicos de obstrucción sobre las caras anterior y posterior del cuerpo y ello, en función de las manifestaciones definidas (dermalgias reflejas de Jarricot).

A continuación, Fred Mitchell admitió que estos reflejos eran particularmente interesantes con respecto a tres aspectos: para el diagnóstico, para la influencia sobre el fluido del cuerpo y para la acción sobre la función visceral a través del sistema nervioso.

Generalidades

La estimulación de los puntos anteriores y posteriores del tronco provoca un reflejo «neurolinfático» idéntico a los demás reflejos que forman parte de los mecanismos homeostáticos del cuerpo.

Existe una cartografía y una lista de los puntos.

Técnica

Se utiliza el pulpejo del extremo del dedo medio o del índice. El dedo (medio o índice) busca mediante un contacto ligero una tensión en la parte anterior, un edema o una zona fibrosa en la región posterior. El apoyo progresivo rotatorio debe llevar a la desaparición de las sensaciones desagradables.

Esta técnica requiere una práctica prolongada e intensa.

Los puntos mayores se sitúan en la unión de los músculos y de los tendones próximos a la articulación.

Conclusión: la presión profunda sobre puntos dolorosos desencadena la estimulación de las fibras que transmiten mensajes propioceptivos que, a su vez, bloquearán el paso de otros mensajes denominados nociceptivos (teoría de la puerta de entrada o *gate-control*).

La neuroestimulación desencadena la producción de endorfinas que se oponen a la neurotransmisión del dolor. La bioquímica es influenciada por el masaje: calor, enrojecimiento local, sedación del dolor, liberación de histamina.

Reflexoterapia plantar (fig. 4)

Masaje reflejo de las zonas plantares

Se trata de una técnica terapéutica ancestral surgida en países tales como China, India, el Tíbet y Egipto.

El masaje de las zonas plantares fue rehabilitado al inicio del siglo XX gracias al interés puesto por Fitzgerald e Ingham en esta técnica.



4 Reflexoterapia plantar. Masaje efectuado sobre el arco interno del pie representando el raquis.

Faure-Alderson, naturópata y osteópata, dio en 1970 un nuevo empuje a esta terapia.

La filosofía de este método se basa en las mismas leyes y en los mismos principios que la naturopatía, la osteopatía, la acupuntura y la homeopatía: «todo tiene que ver con todo».

- La unicidad dinámica del cuerpo.
- La libre circulación de los humores y de las energías.
- La autorregulación y la autocuración.

La mala adaptación del organismo se debe al estrés. H. Selye describió cuatro fases en el síndrome del estrés:

- agudo o alarma;
- adaptación;
- cronicidad;
- agotamiento.

Este razonamiento sobre la evolución es puramente teórico. Los adeptos de esta técnica subdividen el cuerpo en diez líneas verticales que recorren las caras posterior y anterior del ser humano y se prolongan en los diez dedos de las manos y de los pies; estos trayectos son aproximadamente simétricos por hemicuerpo.

Globalmente: la columna vertebral se proyecta sobre el borde interno de ambos pies;

- el cráneo corresponde a los dedos de los pies;
- los metatarsianos corresponden al tórax y a los órganos que se alojan en él.

Los huesos del mediatarso corresponden al abdomen y a sus vísceras; el ser humano posee tres niveles: físico, emocional y mental, siendo nuestra acción total. Con ocasión de una disfunción, la zona refleja es dolorosa y presenta tensiones e induraciones sensibles a la palpación.

El masaje efectuado con el borde externo del pulpejo del pulgar produce una onda vibratoria que «llega al hipotálamo, centro de la regulación neurovegetativa y mejora la vitalidad (absorción, eliminación del organismo)».

Conclusión: se trata de una técnica aún empírica sin prueba científica; a pesar de todo, algunos terapeutas obtienen resultados clínicos satisfactorios. La personalidad y el carisma del masajista intervienen con mayor motivo en esta terapia manual.

Reflexoterapia facial (Fascy therapy)

Perfeccionada por Martine Alderson, osteópata inglesa que estima que una treintena de puntos reflejos son suficientes para tratar los males corrientes. Alderson denomina esta técnica «terapia refleja total» cuando el tratamiento comprende una acción sobre los puntos de la cara y de la nuca. Existe una cartografía que menciona los puntos sintomáticos sobre los que lleva a cabo fricciones.

Ejemplo: zona de la nuca, lugar de convergencia de las líneas que parten del pie, posicionadas anteriormente y posteriormente sobre el tronco. La región suboccipital está dividida en dos líneas horizontales. La anchura de una línea es de un dedo.

La línea media pasa a nivel del atlas y corresponde a las estructuras del sistema nervioso central.

La línea superior corresponde al sistema neurovegetativo parasimpático, la inferior, al sistema neurovegetativo simpático.

Deben evitarse las fricciones a nivel del atlas.

Auriculoterapia o masaje reflejo de la oreja

Nogier se ha interesado en la oreja y ha desarrollado esta técnica utilizada hasta entonces sobre todo en Asia.

El pabellón auricular representa al individuo en posición fetal. La acción refleja se explica por el fenómeno de «cortacircuitos».

El masajista estimula los puntos reflejos con la ayuda de un estilete.

Se ha constatado un aumento de la temperatura en los dermatomas anteriores tras estimulación de los puntos de auriculoterapia (Nogier y Jarricot).

Masajes chinos

Para algunos autores, están emparentados con el masaje reflejo.

Obedecen a las leyes de la acupuntura y a los ciclos «energéticos». Se hará abstracción de la filosofía china en este artículo.

Técnicas

Existen tres técnicas de masaje:

— las maniobras «clásicas» parecidas a las técnicas occidentales;

— los masajes puntiformes (fig. 5) [19];

— los masajes lineales (figs. 6 y 7).

Sensación del masaje: sensación de hormigueo, de entumecimiento denominada *techì* o *tchi*.

Los puntos de estimulación recomendados son los puntos motores del músculo.

El masaje eleva el umbral de percepción y de tolerancia al dolor. La estimulación modifica la transmisión de los potenciales evocados a varios niveles del sistema nervioso central. Los puntos chinos corresponden a menudo a los puntos gatillo y a los puntos motores que provocan la contracción muscular máxima y que se localizan por encima de las zonas de alta densidad de inervación de los músculos.

Según J. Borsarello [3], doctor en medicina, el practicante de acupuntura o de masaje chino no lleva a cabo un diagnóstico pero tiene en cuenta las variaciones de los captadores orgánicos y, entre estos captadores, de un modo más particular, los 12 pulsos chinos: corazón, hígado, riñones, pulmones, bazo, páncreas, dueño del corazón, intestino delgado, vesícula biliar, vejiga, intestino grueso, estómago, triple recalentador.

Pulsos que corresponden a las líneas energéticas que recorren el cuerpo, denominadas «meridianos».

Así, J. Borsarello escribía en su título *Medicina china concepción revolucionaria de la biología*, que «los médicos chinos... desde el momento en el que alguna cosa no funciona, uno de los millones de captadores orgánicos lo señala a menudo de una forma imperceptible, una variación figmológica, uno o dos puntos dolorosos en el cuerpo, una mancha en la lengua, un inicio de erupción en algún territorio cutá-



5 Masajes chinos puntiformes. Masaje ejecutado sobre los puntos de acupuntura, ya sea en dispersión (maniobras ligeras), o tonificante (maniobras con presión).



6 Masajes chinos lineales. Trayecto frente a las apófisis espinosas, masaje ascendente seguido de un masaje descendente efectuado a nivel de los paravertebrales.



7 Masajes chinos lineales aumentando progresivamente la presión.

neo...». «Ellos se enfrentan a los desórdenes mediante su arte, formado por cuatro disciplinas fundamentales»:

— las intervenciones interna y externa: farmacopea, masajes, manipulaciones, acupuntura, cirugía;

— los ejercicios internos y externos: respiración, técnicas complementarias, Tai Chi Chuan, Chi Gong.

Mecanismo del masaje chino

Pone en juego el sistema nervioso, ya que el efecto hipotalámico no puede obtenerse tras anestesia local de los puntos (a menudo situados frente a las ramas del sistema cerebroespinal o del plexo perivascular).

La acupuntura o el masaje se apoyan en la teoría del umbral del dolor. Puede existir una inhibición presináptica a nivel medular.

El efecto hipoalgésico es abolido por la administración previa de naloxona, antagonista de la morfina.

Masajes japoneses y emparentados

Shiatsu

Contrariamente a la acupuntura, el shiatsu no se interrumpe en los puntos energéticos sino que solicita los meridianos en toda su longitud, activando así los flujos internos de la energía vital (*ki*) y liberando las resistencias al paso de la energía. El shiatsu está considerado como un método terapéutico manual, incluso el «diagnóstico» se lleva a cabo con las manos (noción de plenitud y de vacío).

La técnica consiste en hundir la palma o el pulgar en determinados lugares del cuerpo. La presión alternativa de los pulgares crea una sensación de evacuación del flujo que debe ser percibida por el pulgar en reposo.

El concepto de fundamento de los meridianos es el Do-In-An-Kio:

- abrir los meridianos (*Do*);
- estiramiento de los músculos (*In*);
- colocar la mano sobre el trayecto energético (*An*);
- favorecer el paso de las «ondas» (*Kio*).

Masaje ayurvédico

Solicita los flujos de energía a lo largo de los *nadis* (trayectos) y suprime los eventuales estancamientos energéticos. Los puntos estimulados se denominan *murmas*.

Masaje zen

Consiste en apoyar intensamente sobre algunos puntos, durante el tiempo espiratorio.

Conclusión: todas estas técnicas requieren un manejo de la energía, concentración y meditación.

*
* *

Esta exposición ha permitido describir sucintamente diferentes técnicas de masaje reflejo manual. No es exhaustiva y deja la puerta abierta al perfeccionamiento y a la investigación.

El masaje reflejo con sus efectos neurovegetativos, humorales y hormonales completa las demás técnicas de masaje.

Sus principales indicaciones son:

— los desajustes del sistema neurovegetativo de tipo algo-neurodistrofia;

— los síndromes dolorosos (cefaleas, migrañas, dolores crónicos, etc);

— la relajación general (el estrés y sus dolencias);

— las alteraciones circulatorias (arteritis en el 1º estadio).

Sus contraindicaciones:

— la infección;

— la recrudescencia del dolor;

— las reacciones nefastas.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención: GALLOU J. J. et GRINSPAN F. – Massage réflexe et autres méthodes de thérapie manuelle réflexe. – Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Kinésithérapie - Médecine physique - Réadaptation, 26-130-A-10, 12 p.

Bibliografía

- [1] Becker P, Wood E. Le massage technique de BEARD. Paris : Masson, 1984
- [2] Bellamy R, Muzotte M. Le massage de Grossi, ses indications, ses limites. Journée de médecine physique et de rééducation. Paris : Expansion Scientifique Française, 1980
- [3] Borsarello J. La médecine chinoise. Moulin-les-Metz : Maisonneuve, 1971
- [4] Bourdiol R.J. Pied et statique. Moulin-les-Metz : Maisonneuve, 1980
- [5] Courroy J.B. L'ordonnance de kinésithérapie. Laboratoires Aron-Médicia.
- [6] Dalicho AW, Glaeser O. Segment massage. Leipzig : Thieme Verlag, 1962
- [7] Deimas A. Voies et centres nerveux : introduction à la neurologie. Paris : Masson, 1975
- [8] Dicke E. Mon massage du tissu conjonctif. Stuttgart : Hippokrates, 1958
- [9] Dicke E. Entretiens de Bichat. Paris : Expansion Scientifique Française, 1975
- [10] Dicke E, Schilack H, Wolff A. Thérapie manuelle des zones réflexes du tissu conjonctif. Bindegewebsmassage. Paris : Maloine, 1972
- [11] Guillemain R et al. The endorphins, novel peptides of brain and hypophyseal origin, with opiat-like activity ; biochemical and biology studies. *Ann NY Acad Sci* 1977 ; 297 : 131
- [12] Hansen K. Segmentale Innervation. Stuttgart : Thieme Verlag.
- [13] Huges J, Kosterlitz HW. Opiat peptides. *Br Med Bull* 1977 ; 33 : 15
- [14] Ingham ED. Stories the feet can tell. Stories the feet have told. Rochester : Ingham, 1963
- [15] Klee WA. Endogenous opiate peptides, in peptides in neurobiology. New York : Plenum press, 1977
- [16] L'ABC de la douleur. Saatchi et Saatchi Medical. Laboratoires de Thérapeutique Moderne, 1992
- [17] Mahieu L. Vertèbres et organes. Bruxelles : Ramgal Thullies.
- [18] Perronneau D, Ferré R. Techniques réflexes en ostéopathie. Editions de Verlaque.
- [19] Regimbeau. Manuel de massage ponctural et des plexus. Paris : Maloine, 1978
- [20] Snyder SH. Opiate receptors in the brain. *N Eng J Med* 1977 ; 296 : 26
- [21] Vignon G. La douleur en rhumatologie. Ceigy, 1988
- [22] Vogler P. Périostbehandlung. Leipzig : G Thieme.
- [23] Von Puttmaker J. Organbecin-flussung durch massage. Ulm : Haug K, 1949
- Chaque chapitre présentant une méthode a pour support l'ouvrage de l'auteur.