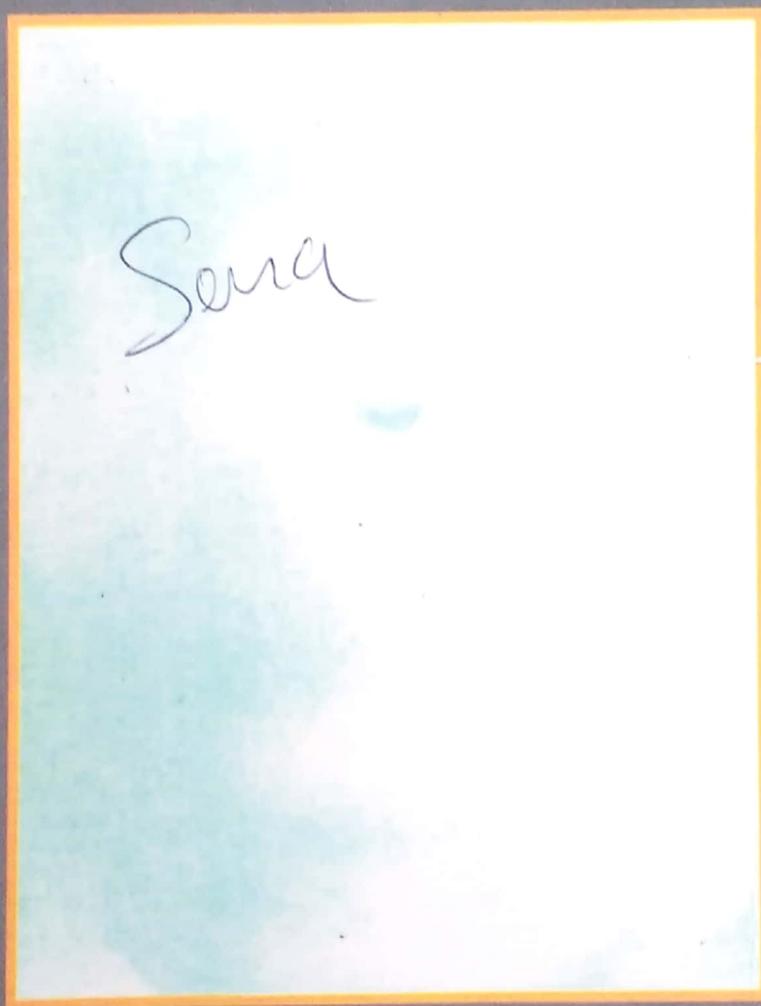


Manipulação Visceral II

EDIÇÃO REVISADA



Jean-Pierre Barral



UPLEDGER BRASIL
www.upledgerbrasil.com
Teresópolis, RJ

Manipulação Visceral II



EDIÇÃO REVISADA

JEAN-PIERRE BARRAL

1ª Edição – 2015

TRADUÇÃO DE MÁRCIO ANTÔNIO MORATO
E JOELMA BEZERRA MARTINS



UPLEDGER BRASIL
www.upledgerbrasil.com
Teresópolis, RJ



BARRAL
BRASIL

- ◆ Os autores e a editora empenharam-se para citar adequadamente e dar o devido crédito a todos os detentores dos direitos autorais de qualquer material utilizado neste livro, dispondo-se a possíveis acertos caso, inadvertidamente, a identificação de algum deles tenha sido omitida. Não é responsabilidade da editora nem dos autores a ocorrência de eventuais perdas ou danos a pessoas ou bens que tenham origem no uso desta publicação.
- ◆ Apesar dos melhores esforços dos autores, da editora, do tradutor e dos revisores, é inevitável que surjam erros no texto. Assim, são bem-vindas as comunicações de usuários sobre correções ou sugestões referentes ao conteúdo ou ao nível pedagógico que auxiliem o aprimoramento de edições futuras. Os comentários deverão ser encaminhados à editora.
- ◆ Traduzido de: *Visceral Manipulation II – Revised Edition*
Copyright © 1989, 2007 by Eastland Press, Inc., P.O.Box 99749, Seattle, WA 98139 USA
LCCN: 2007931139
ISBN: 978-0939616-61-9. All rights reserved.
Printed in the United States of America
- ◆ Originalmente publicado como *Manipulations Viscérales (II)*, Maloine (Paris), 1987, 2004.
- ◆ Manipulação Visceral II – Edição Revisada
ISBN 978-85-67835-07-5
Direitos exclusivos para a língua portuguesa
Copyright © 2015 by Upledger Brasil Editora Ltda.
Rua Rui Barbosa 751, Agriões – Teresópolis, RJ – 25963-090
Tel/fax: +55-21-2742-1092
www.upledgerbrasil.com / www.barralbrasil.com
- ◆ Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste livro pode ser duplicada, reproduzida ou transmitida, no todo ou em parte, sob qualquer formato ou através de qualquer meio (eletrônico, mecânico, fotocópias, gravações, por internet ou qualquer sistema de armazenamento) sem a permissão e autorização expressa da editora.

Design original: Gary Niemeier
Fotografias: Susanne Kracke
Ilustrações: Gerda Raichle
Tradução: Márcio Antônio Morato C. Jr. e Joelma B. Martins
Revisão Técnica: Renée Lutz
Diagramação e Adaptação: WM Design
Impressão: Editora Vozes Ltda – Petrópolis, RJ

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Barral, Jean-Pierre
Manipulação visceral II / Jean-Pierre Barral,
Pierre Mercier ; tradução de Márcio Antônio
Morato ; revisão e edição de Renée Lutz. --
1. ed. -- Teresópolis, RJ : Upledger Brasil,
2015.

Título original: *Visceral manipulation II*.
Bibliografia.
ISBN 978-85-67835-07-5

1. Manipulação (Terapêutica) - Aspectos fisiológicos 2. Massagem 3. Osteopatia I. Título.

15-03426

CDD-615.533
NLM-WB 940

Índices para catálogo sistemático:
1. Osteopatia : Terapêutica 615.533

Conteúdo

<i>Prefácio</i>	vii
CAPÍTULO UM: Introdução	1
CAPÍTULO DOIS: O Peritônio e o Omento Maior	31
CAPÍTULO TRÊS: A Junção Gastroesofágica	41
CAPÍTULO QUATRO: O Estômago e o Duodeno	57
CAPÍTULO CINCO: O Fígado	79
CAPÍTULO SEIS: A Vesícula e os Dutos Biliares	107
CAPÍTULO SETE: O Pâncreas e o Baço	127
CAPÍTULO OITO: O Jejunóleo e o Colo	147
CAPÍTULO NOVE: Os Rins	173
<i>Bibliografia</i>	201
<i>Lista de Ilustrações</i>	203
<i>Índice</i>	207

Prefácio

COMO O TÍTULO *Manipulação Visceral II* indica, este é o segundo livro do assunto e não uma recapitulação do livro *Manipulação Visceral I*. Esta não é uma cópia ligeiramente reescrita com o intuito de manter as editoras de livros osteopáticos ocupadas. Na verdade, temos uma outra idéia em mente.

O primeiro livro foi dedicado particularmente à fisiologia articular da víscera: testes de mobilidade, testes de motilidade, referências anatômicas básicas, bem como técnicas de manipulação diretas e indiretas. Este livro gira em torno de sinais clínicos e métodos diagnósticos (diagnósticos médicos associados aos diagnósticos osteopáticos, indicações, contra-indicações, e diagnósticos diferenciais). Nós também descrevemos várias manobras que pudemos refinar ou desenvolver devido à nossa experiência clínica.

Como é nosso hábito, nos afastamos da teoria pura e enfocamos apenas os aspectos clínicos e aplicações práticas da *Manipulação Visceral*. Esta profissão é difícil e o aprendizado manual é longo e ingrato no princípio. Mas, oh, como é gratificante o momento quando se observa os primeiros sinais de melhora e alívio em um paciente! E o prazer de equilibrar o espírito com suas mãos (como profissional) pois essas mãos obedecem às suas intenções. Este livro foi desenvolvido para ajudar o leitor a perceber mais rapidamente essas aplicações práticas.

Neste livro, não incluímos nenhuma referência anatômica ou fisiologias articulares. Presumimos que o leitor tenha o conhecimento anatômico necessário e que assimilou o primeiro livro antes de se dedicar a este, que é indicado para profissionais experientes/certificados. No entanto, mencionamos alguns poucos fatos fisiológicos, que podem ajudar a esclarecer a disfunção de um órgão e sua aplicação terapêutica. Nós os descrevemos no contexto de algumas disfunções específicas para frisar seus efeitos em um problema visceral mais amplo. Existem relatos frequentes de fisiologias subjacentes relativamente menos importantes afetando patologias funcionais. Você, como leitor, deve estar ciente de que algumas doenças sérias podem estar escondidas por trás de indícios clínicos insignificantes.

Também não podemos nos esquecer que temos uma responsabilidade para com nossos pacientes, o que deve nos motivar a trabalhar mais e estudar com mais afinco a cada dia. Devemos ser aplaudidos por nosso sucesso e perdoados por nossas muitas falhas, mas não existe desculpa para não perceber um distúrbio sério

PREFÁCIO

durante o diagnóstico. Dor lombar aguda, por exemplo, é algumas vezes causada por outros fatores além de problemas mecânicos. Ela muitas vezes espelha uma patologia visceral.

Devemos olhar além dos problemas mecânicos simples e, se necessário, direcionar o paciente para outros profissionais da área médica. Vamos todos trabalhar no sentido de

sermos fluentes na linguagem da medicina moderna e no sentido de reconhecermos o surpreendente progresso que acontece constantemente. É importante que a osteopatia se torne parte da área médica e temos que merecer esta condição.

Enfatizamos que você deve reconhecer os indícios mais significantes pois todos nós podemos encontrar pacientes com doenças graves frequentando nossos consultórios. Temos que estar aptos a fornecer um diagnóstico preliminar que pode mudar a atitude do paciente de "condenado" para "esperançoso". Patologias intestinais são o exemplo clássico.

No momento, praticamos a manipulação da junção sacro-coccígea e do cóccix por via retal; e mais de 50% de todos os cânceres de reto estão localizados numa área que é acessível pelo dedo indicador. Esses cânceres representam 10% de todos os cânceres gastrointestinais. Além disso, pelo exame tátil da área retal, pode-se sentir o tamanho e a firmeza da próstata. *Uma próstata dura e fibrosa deve ser parte de todo check-up médico.* Com isso quero dizer que não é suficiente manipular duas regiões ósseas ignorando o entorno.

Frequentemente, doenças sérias são encontradas quando já estão profundamente enraizadas no corpo e já danificaram o sistema. Antes dessa fase orgânica, existe uma fase funcional com indícios subjetivos que você precisa estar apto a reconhecer. Os médicos muitas vezes desistem desses doentes e relegam seus problemas à grande família de distúrbios psiquiátricos. Nossa experiência clínica tem nos mostrado que é prudente não aceitarmos tais diagnósticos de imediato. Temos visto inúmeros casos onde pacientes desenvolveram doenças graves após sofrerem de dor por vários anos, que os médicos não levaram em consideração.

Alguns rótulos parecem estar mais direcionados a remover a culpa do profissional do que ajudar a entender o problema do paciente. Temos descrito uma série de sintomas que pré indicam doenças graves latentes. Como regra geral, vamos estar alertas e vigilantes e evitar diagnósticos apressados.

Dito isso, nossa profissão é difícil, e constantemente batalhamos entre profissionais que confiam quase exclusivamente em sua experiência prática e aqueles que confiam mais em seu conhecimento intelectual. Nós não temos uma resposta fácil para esta questão, além do fato de que profissionais mais manuais deveriam ler mais, e que os intelectuais deveriam por mais "a mão na massa" para benefício dos pacientes de ambos.

A área médica está em constante evolução e estamos agradavelmente surpresos pelo fato de que médicos comuns falam mais e mais dos pacientes doentes que apenas das doenças. É nossa obrigação estarmos visíveis na cultura e no ambiente médicos de modo que possamos mostrar onde somos deficientes e ainda firmarmos nosso papel específico na área. A medicina osteopática ajuda e trás alívio e deve continuar a existir e prosperar de acordo com seu conceito original: Anatomia ao serviço das mãos, e as mãos ao serviço do paciente.

A medicina comum não é a única medicina e os pacientes necessitam de todas as ramificações alternativas que possam prestar-lhes assistência. Não deve caber aos médicos a decisão de quem pertence e quem não; o paciente é o único que deve decidir isso.

Introdução

■ CONTEÚDO DO CAPÍTULO

Cadeias Lesionais	3
Excreção/Secreção	4
Pressões.....	4
Zonas Reflexogênicas.....	5
Nervos Periféricos.....	6
Testes Diagnósticos e Métodos	6
Ausculta Geral.....	6
Ângulo Diagnóstico.....	7
Pontos Inibidores	7
Completando a Ausculta Geral.....	8
Ausculta Geral: paciente de pé.....	8
Ausculta Geral: paciente sentado (1º método).....	9
Ausculta Geral: paciente sentado (2º método).....	9
Ausculta Local.....	10
Teste de Adson-Wright	13
Completando o Teste de Adson-Wright	15
Pressão Sanguínea	15
Causas da pressão sanguínea desigual.....	15
Hipertensão.....	16
Hipotensão	16

Teste de Lasègue.....	16
Teste da Articulação Glenoumeral	17
Avaliação Manual Termal.....	18
Radiografia.....	19
Rebote	20
Nossa Responsabilidade no Diagnóstico	20
Tratamento.....	20
Rebote	21
Indução.....	21
Indução Local.....	21
Indução Geral.....	21
Relação entre Órgãos e Emoções	22
Ausculta Emocional.....	22
Ausculta Emocional Geral.....	22
Ausculta Emocional Local.....	23
Indução Emocional.....	23
Relaçõess Crânio-Viscerais.....	23
Técnicas para Viscoelasticidade Visceral.....	24
Estratégia de Tratamento.....	25
Tratamento de Crianças.....	26
A Pesquisa de Jacques-Marie Michallet.....	27
Recomendações	28

1 / Introdução

VOU PRESUMIR, de início, que o leitor está familiarizado com o livro anterior (*Manipulação Visceral I*) de minha autoria junto a Pierre Mercier, e não irei, aqui, explicar em detalhes os conceitos essenciais de mobilidade, motilidade, ausculta, indução, etc. Gostaria, no entanto, de esclarecer vários aspectos do conceito da osteopatia visceral e suas aplicações. Algo que é de vital importância é que, ao examinar um paciente, esteja sempre do mesmo lado. A anatomia topográfica requer precisão, e uma mudança de lado muda nossa orientação e perspectiva. Em geral, pessoas destros devem se posicionar à direita do paciente.

Cadeias Lesionais

Como dito por Rollin Becker, D.O., e repetido por mim muitas vezes, "Somente os tecidos sabem". Não é incomum aos tecidos perderem suas funções normais, incluindo suas propriedades contráteis, elásticas e de distensão. Quando a estrutura desses tecidos é modificada, uma área de tensão mecânica mais intensa é criada, a qual me refiro como restrição. Na linguagem osteopática este fenômeno é também conhecido por lesão. Uma restrição tem efeito prejudicial em todas as estruturas vizinhas, e afeta os eixos de movimentos dos órgãos, bem como as direções das linhas de força no corpo. Como um

profissional experiente pode sentir, as restrições podem literalmente atrair as mãos. Essas restrições dos tecidos são o começo das *cadeias lesionais*.

Um tecido lesionado não permanece isolado. Em função do equilíbrio das tensões mecânicas ambientais, os ligamentos dos órgãos perdem sua habilidade de distensão e dão origem a uma restrição membranosa ou lesão. Isso pode ser resultado direto ou indireto de um trauma, ou secundário a uma doença inflamatória. Por exemplo, durante, e especialmente após, uma hepatite viral, a cápsula de Glisson e os ligamentos suspensórios do fígado perdem sua elasticidade normal.

Pressão, mobilidade, motilidade, e outras forças são mal transmitidas através das restrições, com conseqüente perturbação no equilíbrio do sistema de membranas tanto local quanto do corpo como um todo. Essa tensão recíproca distorcida causa problemas nas articulações peritoneais/viscerais e disfunções dos órgãos internos.

Um tecido ou membrana que tenha perdido sua elasticidade contribui para a criação de um problema mecânico geral onde normalmente se encontraria um processo ordenado. Esta é a cadeia lesional, onde um vínculo perturba outro, e assim por diante, até que aparecem os sintomas.

Tais desequilíbrios ocorrem em estágios, seguindo as leis de compensação e adaptação associadas ao estado perpétuo de mudanças do corpo. Até onde a adaptação é possível, a progressão do problema é imperceptível. Somente quando o processo de adaptação se exaure, que os sintomas de repente aparecem. Algumas vezes isso ocorre com uma velocidade e severidade desproporcional ao estímulo mais recente; um exemplo é dor aguda na parte baixa das costas que se manifesta após um movimento aparentemente ordinário. Por causa do processo de cadeias lesionais, um sintoma pode aparecer num local distante da lesão primária.

Pode-se tentar rastrear esta cadeia indo do sintoma para a causa. Mas tome cuidado com os exercícios intelectuais que fornecem uma agradável explicação contextual para tudo. Não seria útil rastrear uma cadeia lesional do quinto metatarso à sela túrcica por várias rotas diferentes, cada uma mais lógica e atrativa que a outra. Seria melhor para você e seu paciente se você seguisse com uma palpação cuidadosa e uma ausculta do tecido ao invés de se deixar levar por estratégias teóricas decoradas.

Excreção/Secreção

Curiosamente, meus melhores resultados têm sido obtidos naqueles órgãos que têm um canal excretor ou pelo menos um sistema de esvaziamento. Usando fluoroscopia, pudemos ver os efeitos da Manipulação Visceral na vesícula, duto biliar comum, piloro, bexiga, e trompas uterinas.

Todos os canais excretores precisam manter boa extensão longitudinal axial para executarem bem suas funções. Esses canais, que incluem o duodeno, duto biliar comum e ureter, têm variadas formas e diâmetros. Temos descoberto que a melhor forma de melhorar a habilidade de esvaziamento de um tubo é esticando-o ao longo de seu eixo longitudinal. Em geral, isso significa ancorar

a parte proximal enquanto distende a parte distal ao longo de seu eixo ou vice versa. A experiência clínica têm frequentemente confirmado melhora no trânsito por exemplo, do duto biliar comum e piloro.

Executamos experimentos em 1980 com o duto biliar comum onde, ao o estirmos, observamos um aumento aparente na evacuação da bile. Os únicos dados publicados de natureza similar que eu tenha conhecimento, envolviam o ureter, cuja eficiência fora aumentada de 40% pelo estiramento (Scale & Girald, 1986). Ao se melhorar o trânsito através de, ou excreção por um órgão, certifique-se de que nada perturbe a capacidade de distensão dos vários tubos em todos os planos diferentes, tomando cuidado especial para não ignorar o plano transversal.

Por outro lado, nunca fomos capazes de demonstrar convincentemente sua eficiência em órgãos onde não haviam canais excretores, como o baço e a glândula tireóide. Manipulamos esses órgãos com o pensamento de estimular suas funções. Embora tenhamos observado certa melhora, seria presunção assumir que a mesma é devida às nossas ações. Por exemplo, após estimularmos o timo de uma criança pequena, seus pais podem nos dizer que a criança ficou melhor, tem menos infecções respiratórias, etc. No entanto, nesse meio tempo a criança cresceu alguns meses e seu sistema imunológico está mais desenvolvido. Então ficamos nos perguntando quanto dessa melhora se deve realmente ao nosso tratamento.

Será sempre difícil provar a eficácia das manipulações. Isso não deve nos desencorajar de praticarmos manipulações para ajudar pacientes.

Pressões

No corpo humano, pressões diferentes, originárias do sistema pulmonar, se confrontam e se harmonizam (*Manipulação Visceral*, pag. 12-13).

As membranas do corpo transmitem e integram as diferentes pressões. A redistribuição das pressões se dá através de estruturas orientadas transversalmente como o diafragma, entrada torácica e entrada pélvica, bem como através de estruturas ligamentosas orientadas longitudinalmente como as que interconectam o diafragma, fígado, intestinos, estômago, etc. Esses transmissores e absorvedores de choque somente podem preencher suas funções quando têm adequada elasticidade e capacidade de distensão. Fibrose e esclerose causam problemas na distribuição de pressões e contribuem para a ruptura da coesão visceral.

Os valores informados para essas pressões variam pouco, independente da fonte de informação. Valores médios para várias áreas do corpo são:

- crânio: +15cm H₂O
- tórax: -5cm H₂O
- abdome superior: +5cm H₂O
- abdome médio: +10cm H₂O
- abdome inferior: +15cm H₂O
- pelve: +20cm H₂O

Uma anomalia nessas pressões altera as excreções dos órgãos e, acredito eu, também suas secreções. A tosse produz pressões de +100cm H₂O na bexiga, e uma força intensa para defecar pode elevar a pressão intra-retal para +200 contra o normal de +50cm H₂O. O corpo somente suporta essas altas pressões por breves períodos.

Pressão aumentada no intestino aumenta a probabilidade de diverticulose. Aumento crônico na pressão abdominal pode levar ao desenvolvimento de hérnias de hiato, hérnias inguinais, varizes, e hemorróidas. O último é devido parcialmente ao aumento de pressão das veias abdominal e portal.

Zonas Reflexogênicas

São zonas que demonstram a maior reação às técnicas viscerais em função de sua den-

sa inervação. Incluídos neste grupo estão as zonas de junção entre os diferentes órgãos do trato digestivo e seus ligamentos viscerais, por exemplo, mesentérios, ligamentos e omento.

Nós observamos logo no começo de nossos estudos que a manipulação de certas zonas de junção tem um efeito rápido e geral em espasmos e dor visceral, além disso, afeta rapidamente o sistema digestivo. Essas são "zonas de esfíncteres". Alguns são esfíncteres reais, outros apenas aparentam esfíncteres. Embora nem todos aceitem esses conceitos, acredito serem válidos, particularmente para o piloro. É verdade que essa junção fica quase permanentemente aberta, um fato que verificamos por endoscopia. Não obstante, ela é circundada por fibras musculares que, quando em espasmo, podem ser sentidas pela palpação. O piloro tem também a habilidade distinta de se mover lateralmente de um lado ao outro da linha média durante o peristaltismo, devido à combinação de contrações rotacionais e transversas. Isso aumenta a eficiência do trânsito gastroduodenal.

Tais zonas altamente reflexogênicas afetam fortemente umas às outras. Comer, por exemplo, estimula as funções intestinais através dos reflexos gastrocólicos. Como outro exemplo, espasmos da flexura duodenojejunal podem ser tratados pela manipulação da junção ileocecal. Em termos do tratamento geral, pode-se utilizar essas zonas para envolver o sistema visceral inteiro e para aprimorar a resposta do corpo ao tratamento. Em minha experiência, as junções similares a esfíncteres mais efetivas são:

- esfíncter esofágico superior
- junção gastroesofágica e cárdia
- piloro
- esfíncter de Oddi
- flexura duodenojejunal
- junção ileocecal
- área retal

Ao longo de vários anos de palpação de abdomens, descobrimos algumas "zonas críticas" comuns. Eu as considero críticas porque quando estão contraídas ou em espasmo, o funcionamento do corpo é significativamente prejudicado. De interesse particular são a vesícula, o esfíncter de Oddi e a junção ileocecal. Esses são "alvos" freqüentes de somatização de estresse, isto é, agentes estressantes ambientais têm uma propensão maior a produzir irritação e espasmos nessas zonas críticas. Por alguma razão, a mente gosta de utilizar os esfíncteres como "válvulas de escape". Se eu fosse forçado a escolher apenas duas áreas para trabalhar na liberação do abdome de um paciente, eu escolheria, sem hesitar, o esfíncter de Oddi e a junção ileocecal. Eles devem sempre ser esticados; liberando-os, cria-se um relaxamento geral onde a digestão e a circulação abdominal melhoram.

O ligamento peritoneal também tem propriedades reflexogênicas poderosas. Por exemplo, concentrando suas manipulações na raiz mesentérica ou no mesocolo sigmóide resultará numa resposta dos órgãos associados. O peritônio parietal tem uma inervação sensível que deve ser utilizada tanto quanto possível. Os ligamentos e as raízes mesentéricas são os melhores intermediários na obtenção da liberação rápida do peritônio em geral.

Nervos Periféricos

Sem o sistema nervoso, as manipulações não afetariam o corpo, porque cada vez que se manipula um órgão e os tecidos vizinhos, mensagens são transmitidas através dos nervos sensoriais. Esses nervos atuam ao mesmo tempo, como receptores de tensão, pressão e volume. Alguns dos nervos viscerais compartilham terminações com nervos periféricos dos membros. Mencionaremos isso quando falarmos sobre os órgãos aos quais eles estão ligados. Algumas dessas conexões são óbvias; outras trabalham de maneira que

as tornam definitivamente mais difíceis de entender.

Testes Diagnósticos e Métodos

Em *Manipulação Visceral I* nós discutimos testes de mobilidade e motilidade. Descreverei, agora, outros testes que facilitam o diagnóstico geral e local. Gostaria de enfatizar que, ao executar esses testes, você deve sempre se aproximar do paciente pelo mesmo lado. Em geral, profissionais destros devem se posicionar do lado direito do paciente. O uso da anatomia topográfica na Manipulação Visceral requer pontos de referência precisos. A mudança de lado modifica sua orientação e perspectiva dos órgãos, que pode conduzir a erros e tornar seu tratamento menos eficiente.

AUSCULTA GERAL

O diagnóstico osteopático envolve o uso das mãos para "escutar" o corpo do paciente. Quando um tecido específico está doente, ele perde elasticidade, perturba o equilíbrio das membranas do paciente, e se torna um novo eixo ou ponto pivô para os movimentos de mobilidade e motilidade. Na palpação, ao se concentrar no movimento dos tecidos, você sentirá suas mãos sendo puxadas para as áreas disfuncionais pois elas se movem muito menos que os tecidos saudáveis. Este é o mesmo fenômeno que se sente ao tocar um abdome que tem uma cicatriz: rapidamente, você sente sua mão sendo puxada para a cicatriz, pois ela é muito mais rígida e tensa que os tecidos vizinhos.

Você pode conduzir a Ausculta Geral com o paciente de pé ou sentado, de olhos fechados para que ele ou ela estejam o mais passivo possível. O paciente pode também estar em uma posição reclinada. Acreditamos que a posição sentada funciona tão bem quanto.

Ao proceder à Ausculta (tanto Geral como local) é de vital importância que você permaneça o mais passivo e receptivo possível. Tome cuidado para não se projetar no paciente. Uma maneira de atingir o estado mental apropriado é imaginar que a mão que você usa para auscultar está atraindo ou absorvendo o corpo, ao invés de estender seu sentido de toque pelo corpo do paciente (que é feito para sentir a motilidade bem como executar osteopatia craniana). Outra dica útil é inspirar enquanto ausculta; isso facilita o estado passivo e o foco na atração entre sua mão e o corpo. Por outro lado, enquanto estende seu senso de toque, a expiração ajuda. Uma última dica: enquanto ausculta, preste atenção ao primeiro movimento que sentir, porque essa é a resposta correta.

Por exemplo, se o fígado está muito tenso e pesado (como no caso da hepatite) ele irá atrair a pleura direita, o pulmão direito, os ligamentos do pulmão, as vértebras cervicais direitas, e a cabeça. Pela ausculta da cabeça, como descrito abaixo, você será capaz de sentir essa atração imediatamente e apontar sua origem.

Ausculta Geral consiste simplesmente em colocar suas mãos no paciente de tal modo que você possa coletar informações sobre todo o corpo. Procedendo assim, você poderá sentir onde estão as principais áreas de restrição. As mãos ficam passivas e procuram tensão em tecidos moles. Para que a informação seja transmitida com confiabilidade, o corpo do paciente deve estar precariamente equilibrado de tal modo que irá mover-se em resposta à aplicação de uma pequena força. Eu recomendo executar o teste com o paciente de pé ou sentado; quando o corpo está na posição deitado de costas, fica excessivamente apoiado. No entanto, um problema da posição em pé é que geralmente é mais difícil para o profissional (principalmente profissionais baixos em pacientes altos).

Ângulo Diagnóstico

Suponha que o paciente está curvado para a frente; isso indicaria um problema na região anterior. Quanto mais curvado para a frente estiver o paciente, mais abaixo você deve procurar pelo problema. Se esta curvatura para a frente for acompanhada de uma curvatura à esquerda, a restrição estará situada no lado esquerdo, e a extensão da curvatura à esquerda indica a distância da restrição em relação à linha média. A combinação dessas duas curvaturas permitirá a você localizar a restrição com boa precisão. Isso é, as curvaturas formarão um ângulo, no ápice do qual estará situada a restrição. O ápice pode ser encontrado usando o ângulo entre a coluna cervical e a tóraco-lombar, a cervico-torácica e a lombar, toda a coluna e o topo da mesa, etc. Existem várias possibilidades.

Essa técnica é muito útil pois permite uma rápida localização da região da patologia sem ter que procurar ponto a ponto. Quero enfatizar que esse método é útil na descoberta de qualquer área patológica, não somente aquelas que envolvem vísceras. Pode-se usá-lo também para patologias articulares. Dessa forma, uma lesão na 7ª costela dá origem a um ângulo entre a torácica e a lombar, cujo ápice poderá ser encontrado na sétima articulação costo-vertebral.

Pontos Inibidores

Um tecido lesionado atrai o corpo e sua mão em sua direção. No entanto, aplicando uma leve pressão sobre o tecido, você pode inibir tal efeito no resto do corpo. Não pressione com muita força ou reforçará a atração. Por exemplo, se numa Ausculta Geral você sente um puxão na direção do hipocôndrio direito, coloque os dedos de uma das mãos sob o fígado para empurrá-lo ligeiramente avante e acima, mantendo a outra mão na posição da

Ausculda Geral. Se o corpo não estiver mais curvado para a frente e para a direita, então temos fortes indícios da presença de um problema hepático. Se, por outro lado, a posição se mantiver, uma restrição de costela é mais provável. Você pode também inibir a restrição de costela pela aplicação de pequena pressão no processo transversal que articula com a costela. Uma pausa ou modificação no movimento significará a restrição daquela costela.

Tente você mesmo esta técnica e ficará surpreso tanto com sua velocidade quanto com sua utilidade geral. Como sempre, é melhor seguir os tecidos, pois eles são melhores guias que sua própria razão. Embora o uso de pontos inibidores permita apontar o órgão principal envolvido no problema, isso não significa necessariamente que o problema seja primariamente mecânico. Por exemplo, o envolvimento do fígado pode ser devido ao uso de anticoncepcionais, hepatite, etc., e não necessariamente uma restrição nos ligamentos. Se os anticoncepcionais são o problema, a Manipulação Visceral não terá efeito duradouro.

Completando a Ausculda Geral

Utilizando a inibição é possível diferenciar entre estruturas diferentes na mesma região. Continuando com o exemplo acima onde o paciente está curvado à direita (7ª costela), você pode vacilar entre o diagnóstico de uma lesão na 7ª costela e uma restrição do fígado. Nesse caso, você pode testar um ponto inibidor para o fígado ou para a costela e ver qual provoca a maior diferença na ausculda.

Ausculda Geral: paciente de pé

Posicione-se de pé atrás do paciente, que deverá estar de olhos fechados. Coloque sua mão dominante no topo de sua cabeça e a outra mão na junção tóraco-lombar da coluna (*Ilustração 1-1*).

Você pode detectar o lado da restrição pela observação da inclinação do corpo. Quando a mão permanece espalmada no topo da cabeça, é indício de que a restrição se localiza nessa área. Dependendo do ângulo da curvatura lateral do corpo do paciente, você pode aproximar-se à restrição. Se o corpo se move posteriormente, você pode geralmente deduzir uma restrição vertebral e, mais raramente, uma restrição renal. Se o corpo curva-se muito lateralmente, onde todo o peso do corpo se concentra em um pé, há indício de problemas nos membros inferiores.

Você pode analisar a direção e a intensidade da mudança direcional. Um entendimento claro da mensagem do corpo resulta, geralmente, em um tratamento efetivo.

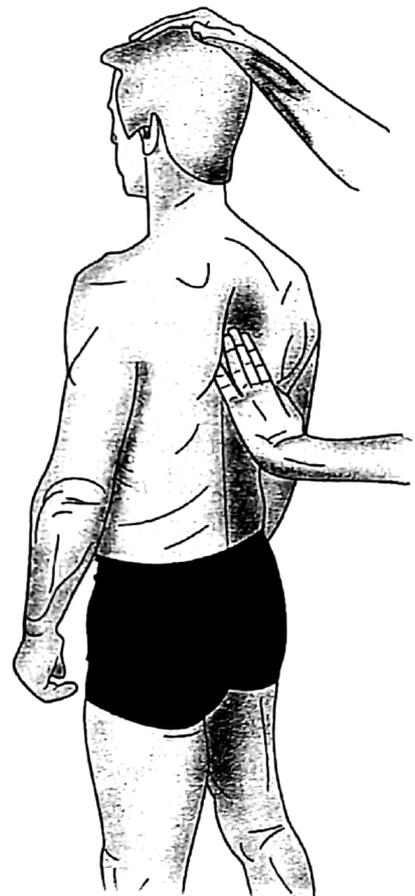


ILUSTRAÇÃO 1-1

Ausculda Geral: Posição de pé

Ausculda Geral: paciente sentado (1º método)

Na posição sentada (*Ilustração 1-2*), o paciente se senta com as pernas dependuradas na lateral da maca com o profissional de pé ao seu lado. Coloque uma mão espalmada na região parietal posterior do crânio, ao longo do eixo da coluna vertebral ou perpendicular ao mesmo. A outra mão permanece livre ou é colocada sob o cóccix; no segundo caso o antebraço fica orientado ao longo da coluna. A posição sentada compromete as informações vindas dos membros inferiores e pode ajudar a confirmar seu diagnóstico. Considere o exemplo do paciente onde a Ausculda Geral na posição de pé indica que o problema se origina nos membros inferiores. Quando a ausculda na posição sentada resulta negativa, é um indício de que o problema realmente se origina nos membros inferiores.

O corpo do paciente espontaneamente se direciona no sentido da restrição; ligeira pressão de sua mão irá revelar e desacelerar o movimento. O paciente deve estar passivo; infelizmente, a sua solicitação para que fique passivo irá algumas vezes causar uma contração não intencional de alguma parte do corpo, alterando sua percepção e interferindo no processo de ausculda. O objetivo desse exercício é sentir uma tensão muscular/membranosa relativamente mais forte que sutilmente puxa o corpo em sua direção. Portanto, algumas vezes é melhor encorajar sutilmente ou amplificar o movimento do corpo em direção à restrição para poder contornar essas pequenas contrações não intencionais. Este é um movimento de ordem da motilidade e não da mobilidade, isto é, a quantidade de força usada para iniciar e dar seguimento a esse procedimento é similar àquela usada para indução, e muito inferior à usada para a mobilização. Você sempre pode verificar seus achados pela repetição do procedimento usando sua outra mão na cabeça; se você estiver realmente sentindo o movimento correto, sentirá o mesmo com ambas

as mãos. Se você estiver projetando as suas próprias crenças sobre o corpo do paciente, normalmente você sentirá diferenças dependendo da mão que estiver usando. Com um pouco de experiência, você consegue superar esta dificuldade inicial.



ILUSTRAÇÃO 1-2

Ausculda Geral Sentado: Ângulo Diagnóstico

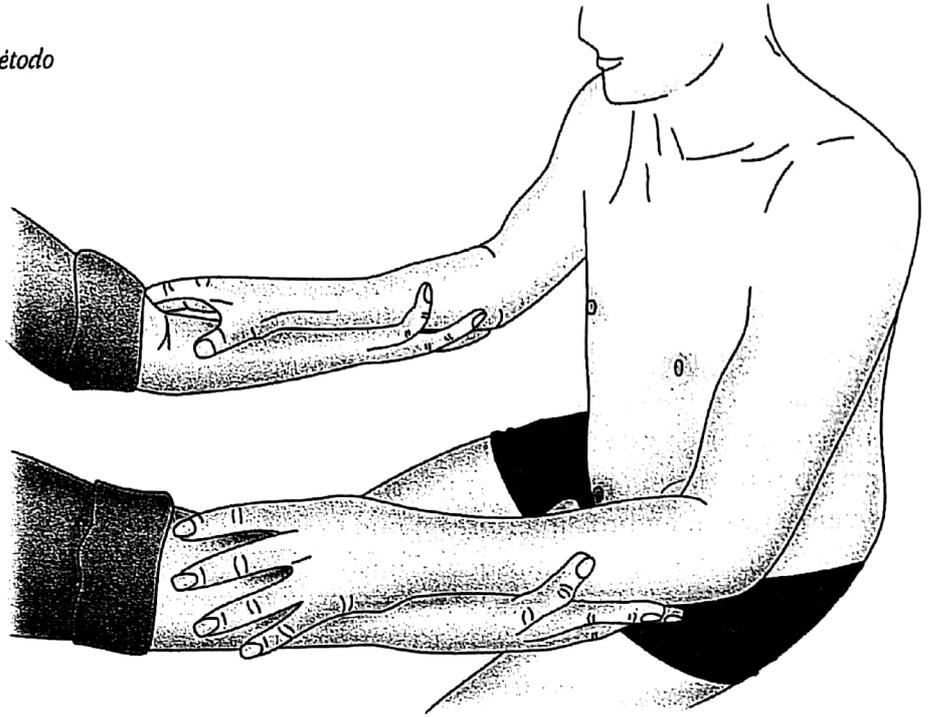
Ausculda Geral: paciente sentado (2º método)

Fique de pé em posição oposta ao paciente sentado na maca. Os antebraços e mãos do paciente estão pronados e descansam em seus antebraços (*Ilustração 1-3*). Peça ao paciente que relaxe completamente, particularmente os ombros.

A mão que é imediatamente atraída na direção do paciente indica o lado da restrição. Certifique-se de permanecer passivo. Este teste, que produz resultados significantes, é razoavelmente simples de executar.

ILUSTRAÇÃO 1-3

Ausculda Geral Sentado: 2º Método



AUSCULTA LOCAL

Essa abordagem consiste em usar a Ausculda Local para localizar com precisão o ligamento ou órgão lesado. Repare que estou aqui utilizando a palavra “ausculda” num sentido ligeiramente diferente que em *Manipulação Visceral I*. Naquele livro usamos esse termo para descrever o que se faz para detectar a motilidade, que é um processo contínuo; aqui o termo “Ausculda Local” é usado para descrever como se pode sentir o estado de um corpo ou de um órgão particular. A principal diferença é, na verdade, no processo de pensamento envolvido no procedimento. Para a Ausculda Local, a mão recebe, passivamente, informações dos tecidos vizinhos. Você *não* tenta estender seu senso de toque através da mão; ao invés disso você passivamente atrai o corpo através de sua mão. Essa diferença é crucial porque se você estender seu toque através de sua mão você estará acessando a motilidade ou o ritmo craniossacral, ao invés de proceder à Ausculda Local. Enquanto estiver auscultando, inspirar geralmente ajuda, pois facilita o estado receptivo e passivo. Preste atenção apenas ao que sente na palma

da mão, não nos dedos. E, de novo, foque no que sente primeiro, pois essa é a percepção correta.

Para auscultar o abdome, coloque o paciente na posição supina e coloque sua mão mais sensível na linha média, com a palma logo acima do umbigo e a ponta dos dedos abaixo do processo xifóide. Profissionais destros usam normalmente a mão direita e portanto se sentam ou permanecem de pé ao lado direito do paciente. Quando um tecido em particular está muito denso, ele atrai a mão. Você realmente sentirá a mão se movendo na direção da restrição. Isto é muitas vezes um processo passo-a-passo. Por exemplo, com sua mão na linha média você pode sentir a palma de sua mão movendo em direção à margem costal direita. Você deve seguir este movimento até que não seja possível mover além, talvez em um ponto 2cm à direita e 2cm acima do umbigo. Então reposicione sua mão de tal forma que fique paralela à linha média com a palma nesse ponto, e repita o procedimento até que não haja mais movimento. Se não houver restrição significativa no tronco, sua mão

não será atraída para nenhum lugar em particular durante a Ausculta Local; nem você deverá sentir atração quando reavaliar após um tratamento.

Ausculta Local também pode ser utilizada para um órgão ou tecido específico. A descrição disso irá esclarecer a diferença entre Ausculta Local e ausculta da motilidade. Por exemplo, para auscultar a motilidade do rim, coloque sua eminência tenar ou hipotenar sobre a projeção superficial do órgão e empurre levemente para posterior, estendendo seu sentido do toque até que sinta a alternância na rotação externa e interna do órgão (*Manipulação Visceral I*, pág. 144). Se não houver problemas, as duas fases da motilidade terão boa amplitude e qualidade suave. Assim, auscultando a motilidade, você se afina com o processo contínuo dos movimentos inerentes aos órgãos. A Ausculta Local dos rins é um tanto diferente, no entanto. Colocando sua mão na mesma posição, você atrai o rim, auscultando para apenas um movimento. Em geral, e simplificando: se não há problema, você não sentirá nada; se houver uma ptose de segundo grau, você sentirá uma rotação externa; se houver uma ptose de terceiro grau, você sentirá uma rotação interna. A Ausculta Local, portanto, permite verificar o estado dos tecidos.

Pontos inibidores (veja acima) são muito úteis quando combinados à Ausculta Local. Continuando com o exemplo acima, sua mão se moveu em direção ao quadrante direito superior do abdome, que contém várias estruturas como o fígado, o colo ascendente e a flexura hepática. Se você pensa que o movimento que sente na Ausculta Local puxa sua mão em direção à flexura hepática, iniba essa estrutura pela aplicação de suave pressão logo abaixo da face lateral da margem costal. Se a mão não é mais atraída nessa direção, você pode concluir que há uma restrição nessa flexura. O procedimento completo, portanto, consiste em usar pontos inibidores para confirmar o local da restrição. Sea

atração da mão não existir, está confirmada a restrição da estrutura.

Quando existe um problema, após a determinação do órgão envolvido, você então acessa a motilidade do órgão para melhor refinar o diagnóstico. Por exemplo, se o fígado não tem nenhuma motilidade, significa que o paciente tem um problema generalizado grave de energia (geralmente com um grande componente psicológico); restrição do fígado em inspir (significando que faz inspir, mas não expir) indica histórico inflamatório, como hepatite; e restrição do fígado em expir indica problema na evacuação da bile. De fato, esse é o conceito geral de restrição de órgão: quando um órgão está restrito em inspir, é primariamente um problema no próprio órgão; quando está restrito em expir, é um problema de evacuação de fluidos.

Eu verifiquei meu diagnóstico várias vezes para confirmar o valor do diagnóstico diferencial local examinando pacientes acometidos de enfermidades bem documentadas como hepatite, úlcera péptica e litíase renal. Você pode testar sua própria habilidade tentando encontrar uma cicatriz cirúrgica em um paciente vestido. Além disso, você deve praticar com colegas utilizando restrições artificiais. Por exemplo, peça a um colega que crie "uma restrição" no joelho direito de um paciente aplicando pressão e veja se consegue descobrir qual joelho está envolvido colocando suas mãos no abdome do paciente. Repita o processo umas dez vezes (obviamente, com os olhos fechados). É necessária a prática constante para adquirir habilidades palpatórias que podem ser reproduzidas, e para ganhar confiança. Repito que as mãos são a única ferramenta do osteopata. Você deve treiná-las e desenvolver continuamente sua sensibilidade. É sábio reverificar suas habilidades em intervalos periódicos.

Um método de corroborar os resultados da Ausculta Geral é obtido com opaciente

ILUSTRAÇÃO 1-4

Ausculta: Membros Inferiores



em supino. Usando ambas as mãos, flexione as plantas dos pés, mantenha-as flexionadas, então libere a pressão retirando as mãos dos pés. O pé que faz dorsiflexão mais rapidamente estará do mesmo lado da restrição mais importante. Para garantir precisão, você deve aplicar uma boa dose de flexão. Você pode também executar esse teste simplesmente auscultando. Coloque as mãos no dorso dos pés. O pé que parece dorsifletir está do lado lesionado (*Ilustração 1-4*). Esse não será um movimento forte, mas uma intenção de movimento que é distintamente percebida com prática.

Auscultar através dos pés é extremamente importante pois muitas pessoas têm significantes restrições nas extremidades inferiores. Considere um paciente que, durante Ausculta Geral, curva-se bastante para anterior e rotaciona à direita na posição de pé. Apenas por este teste fica extremamente difícil diferenciar entre problema abdominal no quadrante inferior e aqueles das extremidades inferiores do lado direito. Quando o paciente senta, as extremidades inferiores relaxam e perdem seu efeito no resto do corpo. Portanto, se um paciente se senta e o resultado da Ausculta Geral se mantém, pode estar certo que a restrição é de fato abdomi-

nal. No entanto, se os resultados da Ausculta Geral mudam dramaticamente ou se tornam normais, a restrição significativa é provavelmente na extremidade direita inferior. O uso do teste de flexão de tornozelo e pontos inibidores na extremidade inferior (tornozelo, joelho, etc.) permitirá a você apontar o local da restrição.

Para testar a sensibilidade de meus alunos, criei uma restrição artificial: gentilmente belisquei a pele do paciente ou o músculo sem que o aluno visse, e então pedi a ele que localizasse a área afetada. Alunos acostumados a esse exercício, atuaram sem erro. Gostaria de lembrar aos céticos que todos os sentidos, incluindo o toque, podem ser treinados para um alto nível de precisão. A habilidade de um provador de vinhos em usar o poder de seus sentidos para identificar a época e a origem de uma garrafa de vinho não é comumente contestada; isso não é muito mais sutil e desafiador do que a habilidade que estou discutindo aqui?

O que você encontra na Ausculta Geral é só a área do corpo que necessita tratamento naquele momento. Não é necessariamente uma "lesão chave" incontestável. Geralmente, repito a Ausculta Geral após cada fase do tratamento ou após trabalhar na área indicada.

Nessas circunstâncias, a Ausculta Geral frequentemente muda durante a sessão. Por exemplo, você pode primeiro sentir o estômago, e mais tarde o rim direito. Isso é normal e você deve tratar apenas aquilo que encontra. Não foque em mais de três órgãos durante uma sessão. Isso é mais do que o corpo suporta e você pode vir a criar novas restrições. Quando digo para "focar em" não quero dizer que deva tocar em apenas dois ou três órgãos, mas que deve tratar apenas esse tanto. Naturalmente, você pode e deve trabalhar em seus ligamentos com outros órgãos. Por exemplo, para trabalhar o rim direito é necessário trabalhar em seus ligamentos com o fígado, colo ascendente e ceco, mas ainda assim considero isso como tratamento em um único órgão.

TESTE DE ADSON-WRIGHT

O teste de Adson-Wright (também conhecido como teste de Sotto-Hall) consiste na palpação do pulso radial do paciente sentado enquanto leva o braço para rotação externa e abdução. Ao final do movimento, é pedido ao paciente que rotacione sua cabeça para um lado e depois para o outro. Durante este movimento o pulso deve manter-se constante em intensidade e fre-

qüência. O teste é positivo quando o pulso diminui ou é suprimido, fenômeno atribuído à compressão da artéria subclávia. Essa artéria, e o plexo braquial, passa através da "passagem inter-escalena" que se limita na frente pelo músculo escaleno anterior e por trás pelos escalenos médio e posterior (*Ilustração 1-5*). Se existir um ligamento pleural espesso ou músculo escaleno menor (ocasionalmente presentes) entre o plexo e a artéria, e se o ângulo no qual a 1ª costela sai da vértebra for particularmente oblíquo, a passagem se fecha. O plexo e a artéria já são muito próximos. Em mulheres, o ângulo de saída da 1ª costela é mais oblíquo que nos homens. Também obtivemos resultados positivos em casos envolvendo costelas extras e processos transversais cervicais aumentados. Problemas como dores radiculares e distúrbios circulatórios ocorrem onde há compressão.

Quando o paciente sustenta a posição de abdução e rotação externa do braço, a passagem se estreita e o paciente tem a sensação de dedos pesados ou dormentes. Ele então torce os dedos e move o braço para ativar a circulação. Quando este tipo de parestesia ocorre ao acordar, pode vir acompanhada de dores de cabeça que cessam após algumas horas.

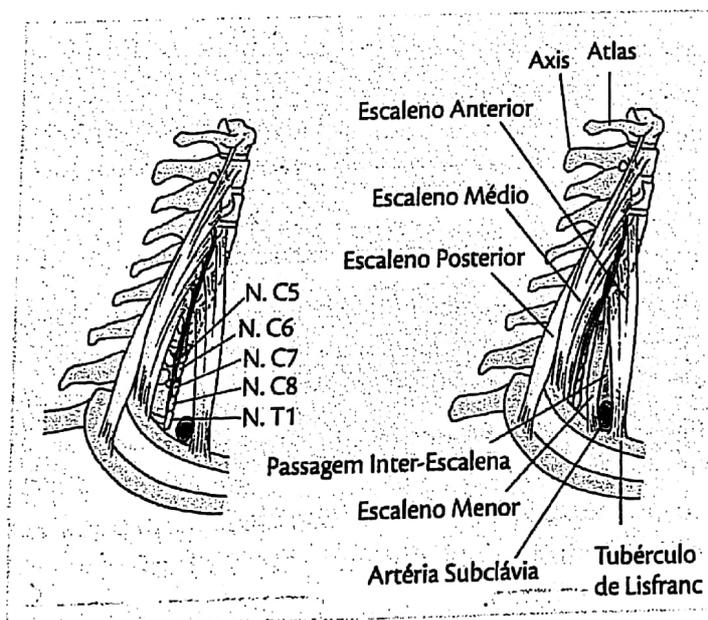


ILUSTRAÇÃO 1-5

Passagem Inter-escalena (segundo Lazorthes)

Esses fenômenos são causados por certas posições ao dormir, por exemplo, deitado em decúbito ventral com a cabeça nos antebraços, ou em supino com as mãos na nuca. Nesses casos, o sono não executa suas funções usuais de cura e é frequentemente interrompido por pesadelos. O paciente não pode permanecer por períodos prolongados com os braços erguidos ou a cabeça reclinada para trás. Vinte e cinco anos atrás, esses pacientes eram submetidos a cirurgias, geralmente sem sucesso.

→ Uso o teste de Adson-Wright em minha prática osteopática, e fico surpreso com a frequência com que obtenho resultados positivos. Após milhares de casos, concluí que o teste era positivo no lado da restrição, seja ela de origem articular ou visceral. Quando a pulsação reduz com rotação externa de 30° ou menos, o problema geralmente é relacionado à mecânica do canal torácico. Quando ela reduz com 30° a 90° de rotação, é geralmente devido às restrições viscerais. Se ela reduz apenas quando o paciente vira a cabeça, é geralmente devido às restrições na região torácica superior ou cervical. Contudo, ocasionalmente tomo a precaução de tirar uma radiografia para eliminar a possibilidade de qualquer anomalia esquelética. ↘

Meu falecido colega Louis Rommeveaux, DO, e eu selecionamos vários pacientes que apresentavam testes de Adson-Wright positivos para os submeterem a experimentos com utilização de Doppler, que torna objetivamente visível a circulação sanguínea arterial. Fizemos estes estudos em 1982 com a ajuda do Dr. Morzol de Grenoble, na França, e escolhemos avaliar as artérias basilares radiais e vertebrais. Primeiro registramos os resultados objetivos do Teste de Adson-Wright e então tratamos os pacientes com técnicas de manipulação cranianas, articulares e viscerais. As manipulações viscerais proporcionaram os melhores resultados quando as forças utilizadas eram tão pequenas a ponto de

não serem capazes de restaurar a circulação arterial por si mesmas. Também realizamos algumas manipulações placebo que não geraram resultados. O Doppler mostrou, sem dúvida, que a melhora ou recuperação do fluxo sanguíneo era possível, mas não havia explicação quanto ao mecanismo. Como uma pequena manipulação em um órgão do abdome pode restaurar imediatamente a circulação arterial para a cabeça ou braço?

Minha teoria é que o efeito envolve o peritônio parietal como intermediário. O peritônio recebe certas fibras sensoriais vindas do nervo frênico, que interconecta com o nervo subclávio. Estimulação anormal desses nervos pode causar contração do músculo subclávio, e vaso-constricção da artéria subclávia. Pela liberação desses tecidos, pode-se liberar esses efeitos anormais. A passagem inter-escalena, não mais encolhida pela contração do músculo subclávio, recupera sua profundidade normal e a artéria retoma seu tônus normal.

Estou ciente de que isso é mera especulação, e estimo outros pesquisadores a compartilhar suas conclusões conosco. Estou certo de uma coisa: a velocidade da resposta arterial só pode ser explicada por um reflexo. Os espasmos mencionados acima são certamente patológicos para as passagens, que já são anatomicamente estreitas. Minha conclusão desse estudo é que um Teste de Adson-Wright positivo geralmente indica o lado da restrição. Uma restrição ipsilateral é geralmente por um reflexo. Toques bem suaves são os mais efetivos na Manipulação Visceral, mas você deve ser preciso.

Como tenho visto cada vez mais bebês em meu consultório, estou me conscientizando do fato de que uma das causas de problemas na passagem inter-escalena está relacionada a um posicionamento apertado do feto dentro do útero. Isso pode ser causado por um aumento na tonicidade do útero ou por forte pressão dos rins, fígado,

coluna ou pelve. Quando você trata de um bebê, você deve sempre verificar as clavículas e todas as estruturas envolvidas na passagem inter-escalena.

Completando o Teste de Adson-Wright

Para completar o Teste de Adson-Wright, continue tirando o pulso radial com uma mão e com a outra crie pontos inibidores e tome nota das alterações subseqüentes. Por exemplo, vamos dizer que você obteve um resultado positivo do Teste de Adson-Wright, e a Ausculta Geral implica o fígado. Muito suavemente empurre o fígado para póstero-superior (*Ilustração 1-6*). Se o pulso voltar, você deve levar em consideração um problema hepático. (Mais tarde, veremos como refinar este diagnóstico). Se o Teste de Adson-Wright, permanecer positivo (isto é, o pulso não voltar) tente pontos inibidores em outros locais até encontrar a restrição causadora.



ILUSTRAÇÃO 1-6
Teste de Adson-Wright Completo

Como outro exemplo, vamos assumir que o teste de motilidade vertebral indicou uma restrição no processo transverso de C5/C6. Você pode aplicar um ponto inibidor aqui, tomar nota dos efeitos subseqüentes no Teste de Adson-Wright, e assim por diante. Um ponto inibidor que libera o fluxo arterial subclávio indica a área da restrição, que pode ser apontada por diagnóstico diferencial local, como explicado acima.

PRESSÃO SANGUÍNEA

Na osteopatia, a pressão sanguínea deve ser registrada de forma consistente; eu tomo a pressão sanguínea nos dois braços. Em pacientes jovens, os valores são geralmente iguais. Se houver uma diferença na pressão sistólica de mais de 10mmHg entre os dois lados, aquele de menor valor é o lado da restrição. Essa conclusão é baseada em minhas observações de vários milhares de casos. Em pacientes mais velhos, onde as artérias podem diferir em rigidez, a diferença deve ser superior a 15mmHg para ser considerada significativa. Essa diferença não é comumente utilizada na medicina convencional, onde é atribuída a alguns casos raros de estenose arterial e aos problemas do revestimento fibroso das artérias. É considerado como evidência de compressão do istmo aórtico, a hipertensão arterial dos membros superiores com hipotensão arterial dos membros inferiores.

Causas de pressão sanguínea desigual

Retração e fibrose dos tecidos moles: retração e fibrose dos tecidos moles podem resultar de um trauma nos membros superiores, como torção, fratura ou luxação. Certas lesões pleuro-pulmonares podem também causar esse tipo de pressão sanguínea desigual.

Entorse cervical e artrose da coluna cervical: Minha teoria é que essas condições

causam uma irritação no plexo braquial e seus ramos menores, que enervam a túnica íntima das artérias. Essa parece ser a explicação mais razoável dos numerosos casos que temos encontrado de pressão sanguínea desigual que mudam frequentemente.

Restrições viscerais: Essas são mais frequentemente restrições ipsilaterais. Acreditamos que esse tipo de pressão sanguínea desigual ocorre devido ao nervo frênico e algumas fibras conectadas ao plexo solar. É obviamente absurdo imaginar que o coração mudaria a circulação sanguínea do lado direito para o esquerdo. Essas diferenças na pressão sanguínea devem resultar de mudanças na tensão arterial, sob controle do sistema nervoso. Podemos também suspeitar do envolvimento do nervo vago e do sistema nervoso simpático.

Como no Teste de Adson-Wright, pode ser explicado por uma ação reflexa do vago ou frênico, ou lesão fibrosa na passagem inter-escalena ou vários ligamentos associados. Com outras lesões importantes, tanto o Teste de Adson-Wright como a pressão arterial são afetados. É fácil tomar a pressão arterial e sentir o pulso radial. Um resultado positivo (isto é, anormal) de quaisquer dos testes é suficiente para dizer que algo está errado. Uma manipulação adequada deve trazer tais valores à normalidade. Esses são dois dos poucos testes objetivos disponíveis para avaliar o efeito da manipulação.

Se o resultado do teste não se altera após a manipulação, comece de novo o diagnóstico. Por exemplo, no caso de uma fibrose quase calcificada do ligamento pleuro-vertebral pós tuberculose, uma manipulação muito precisa permite melhorias no fluxo sanguíneo. No começo de minha carreira em Grenoble, testei e tratei de muitos pacientes tuberculosos num centro de reeducação respiratória para confirmar esse fato.

Hipertensão

No caso de hipertensão idiopática, nós algumas vezes temos resultados espetaculares quando um ou os dois rins têm restrições. Temos obtido resultados particularmente bons em pacientes hipertensos com restrições no rim esquerdo.

Hipotensão

É muito mais difícil obter resultados com hipotensos por várias razões. Por exemplo, a hipotensão pode estar ligada a períodos de depressão ou deficiência de ferro devido à menorragia (menstruação profusa) ou uso de DIU.

*TESTE DE LASÉGUE

Esse teste, bem conhecido para ciática, pode ser refinado pela minha abordagem. Vamos dizer que você diagnosticou uma ciática à esquerda com sinal Laségue positivo de 30° e que outros resultados de testes levaram-nó a suspeitar de prolapso renal esquerdo. Com uma mão, flexione o quadril para avaliar o sinal Laségue, e com a outra empurre gentilmente o pólo inferior do rim esquerdo para superomedial (*Ilustração 1-7*). Se esse empurrão resultar no aumento gradual da flexão do quadril no lado da ciática, você confirmou a participação renal no processo patológico.

O teste de Laségue também pode se valer de pontos inibidores. Essa abordagem permite-nos confirmar um diagnóstico e evitarmos cair na armadilha clássica "ciática = L4/L5 ou L5/S1". Osteopatas experientes sabem que existem inúmeras outras causas possíveis e que é melhor evitar a manipulação dessa região em casos agudos.

Uma genuína protusão de disco produz dor forte e imediata nos primeiros 30° de flexão de quadril que não se modifica com

ILUSTRAÇÃO 1-7

Teste Laségue Completado



pontos inibidores. O teste de Laségue pode ser feito em todos os órgãos e articulações e constitui uma valiosa adição ao nosso arsenal de testes diagnósticos. Por exemplo, você pode suspeitar que T9 é a causa de uma restrição. Use um ponto de inibição bilateral das facetas e observe se há melhorias no teste Laségue. Não permita que o paciente saiba os resultados que espera encontrar; isso encoraja o efeito placebo. Execute o teste com delicadeza e compartilhe os resultados apenas quando a técnica for completada. O uso de pontos inibidores permitirá saber com rapidez se o tratamento tem alguma chance de sucesso.

✓ TESTE DA ARTICULAÇÃO GLENOUMERAL

Os ombros muitas vezes refletem patologias viscerais latentes. Periartrite glenoumeral pode ter origem traumática após uma queda no ombro, cotovelo, ou mão, ou surgir de uma irritação no plexo cervical ou braquial. No entanto, é mais frequentemente de origem reflexa. Para encontrar evidências de restrições viscerais, uso o teste da articulação glenoumeral, que é conduzido com o paciente sentado e consiste em testar a abdução e rotação externa do braço com uma das mãos uma das mãos, enquanto cria um ponto de inibição visceral com a outra.

- No lado direito, a articulação glenoumeral muitas vezes tem ligação com o sistema hepato-biliar, e mais raramente, com a cabeça do pâncreas.
- No lado esquerdo, a articulação glenoumeral está mais frequentemente ligada ao coração, à cárdia e ao corpo e cauda do pâncreas.

Pegue o exemplo da periartrite glenoumeral direita onde se suspeita do envolvimento do fígado. Primeiro, teste a abdução e rotação externa do braço direito. Depois, levante levemente o fígado (ver capítulo 5). Se obtiver um aumento da mobilidade de 20% ou mais, pode dizer que a causa do problema de ombro é o fígado, ou rim direito que está ligado a ele.

Se sua suspeita vai na direção da coluna cervical, teste o ombro irritado com uma das mãos e com a outra crie um ponto de inibição na articulação intervertebral das cervicais que encontrou estar restrita durante o teste de mobilidade. Uma melhoria na mobilidade significa que a causa é a restrição cervical (que pode, por sua vez, ser apenas um reflexo). Você ficará surpreso com as melhorias de mobilidade resultante nesses casos. Geralmente transitórias, são meras indicações para mais tratamento.

AVALIAÇÃO MANUAL TERMAL

Este método diagnóstico consiste em mover a palma da mão em círculos, aproximadamente 10cm acima do corpo e sentir os fluxos térmicos diferentes, emitidos pelo corpo (veja também meu livro *Avaliação Manual Termal*, citado na lista de referências ao final deste livro).

A experiência com este método nos mostra que há fluxos térmicos diferentes em áreas patológicas. A mão pode perceber diferenças de temperatura da ordem de 1/10 de grau centígrado. Mais comumente, as áreas patológicas estão mais quentes que o tecido vizinho.

Essa é uma ferramenta diagnóstica que pode produzir resultados espantosamente precisos no que se refere à localização de uma restrição. Uma vez que tenha explorado topograficamente as zonas térmicas com suas mãos, você precisa interpretar os resultados.

RADIOGRAFIA

A radiografia é indispensável para o diagnóstico de doenças fisiológicas dos órgãos, e pode também fornecer informações importantes sobre problemas viscerais mecânicos. Discutirei aqui a interpretação de radiografias de prolapsos gástrico e renal.

Como podem ver, o prolapso é bem visível na radiografia. Mas a interpretação deve incluir atenção a importantes nuances. Por exemplo, as Ilustrações 1-8 e 1-9 mostram um homem de 35 anos que era alto e esguio e sofria de dispepsia. Na posição vertical (*Ilustração 1-8*), o prolapso gástrico tem a forma de uma meia, com a parte baixa de seu volume na área pélvica. Na radiografia em supino (*Ilustração 1-9*) vemos que o estômago logo toma sua forma original, e assim, não está aderido aos órgãos vizinhos. Se, em supino, a parte baixa do corpo estomacal

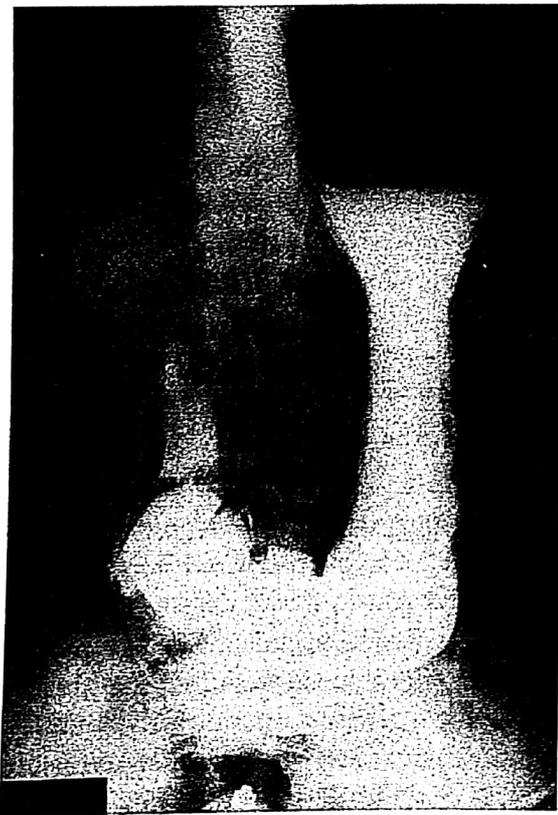


ILUSTRAÇÃO 1-8
Prolapso Gástrico (Posição de pé)

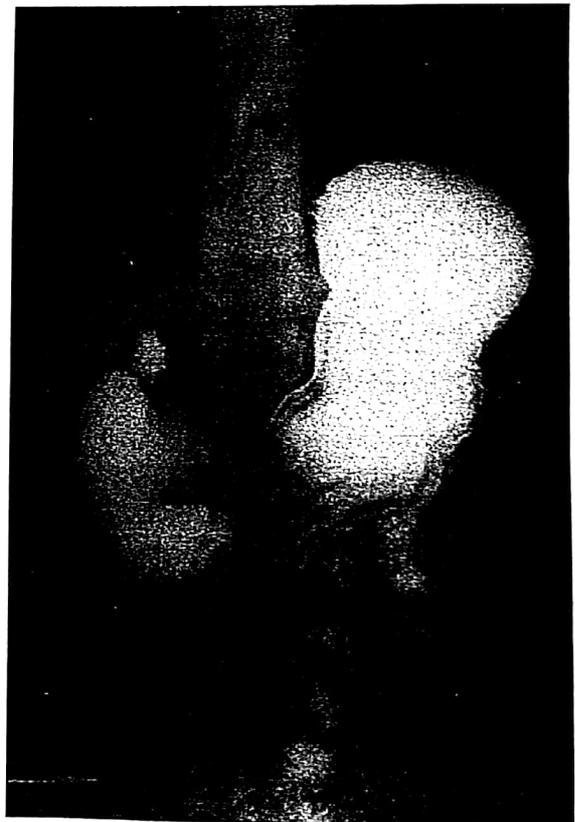


ILUSTRAÇÃO 1-9
Prolapso Gástrico (Posição supina)

permanecesse na pelve, significaria um problema maior, isto é, o estômago estaria aderido às estruturas vizinhas como o omento maior, intestino delgado, peritônio ou bexiga. O estômago aderido é geralmente a origem de problemas gástricos mais sérios. Minhas conclusões ao observar essas radiografias são um tanto diferentes daquelas dos especialistas gastro-intestinais que são apenas vagamente interessados nesse tipo de problema. Em suas mentes, prolapso não é um fenômeno patológico.

Os osteopatas estão interessados em como as vísceras trabalham como elementos estruturais do corpo; contudo, devemos estar mais interessados em encontrar uma restrição que um prolapso.

Um prolapso em si não é de grande importância, mas quando acompanhado de adesão se torna patológico. O conceito osteopata agrega pouca importância à posição.

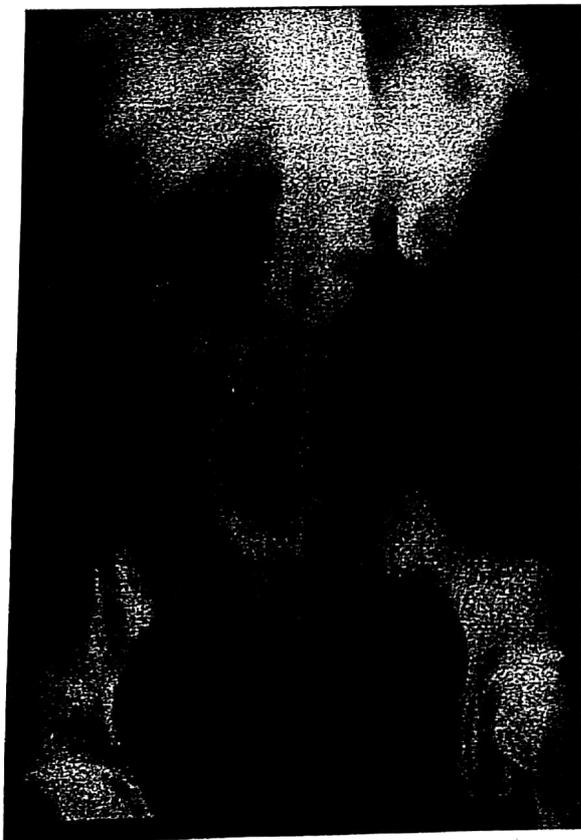


ILUSTRAÇÃO 1-10
Prolapso Renal Direito

Só se observa a mobilidade. Não ponho ênfase em suspender um órgão, mas restaurar sua mobilidade; é claro, minhas técnicas geralmente têm um efeito de posicionamento em um prolapso visceral. Por exemplo, existem vários casos bem documentados de uma pequena protuberância originada no nível da sínfise púbica, ter-se elevado 10cm após duas ou três sessões ao longo de um período de vários meses.

A radiografia do rim na posição de pé (*Ilustração 1-10*) de uma mulher jovem com escoliose e que nunca dera a luz, mostra prolapso renal sem causa óbvia. A paciente tem problemas urinários com recorrentes infecções do trato urinário. O Raio-x tirado em supino mostrou o rim exatamente na mesma posição, mostrando que estava aderido. Um rim muito móvel, ou flutuante, oferece menos problemas que um aderido e é mais fácil de mobilizar e liberar. Contudo, quando um rim aderido é mobilizado, o efeito é mais facilmente mantido.

REBOTE

O rebote consiste em mobilizar um órgão de tal modo que comprimimos ou esticamos seus ligamentos o mais possível, e soltamos de uma vez. Essa técnica pode ser usada tanto no diagnóstico como no tratamento. Vamos primeiro considerar o aspecto diagnóstico, no qual essa técnica é, às vezes, usada na medicina convencional. Em casos de apendicite aguda, o rebote é utilizado para verificar a sensibilidade à repercussão, para ajudar a determinar se o peritônio foi ou não afetado.

Como outro exemplo, considere um caso onde hesita entre diagnosticar uma patologia no fígado propriamente dito ou em seus ligamentos. Quando a compressão e mobilização do órgão é dolorosa, significa que o órgão em si fora afetado (ex., hepatite viral). Se a compressão e mobilização não causam dor, mas o retorno repentino à sua posição original trás, você deve pensar mais em um problema com os ligamentos. O rebote é do-

loroso, por exemplo, na fibrose dos ligamentos suspensórios do fígado.

Similarmente, movimentos diafragmáticos podem ser usados para expôr restrições. A dor provocada por inalação forçada (que comprime um órgão na cavidade abdominal, que é equivalente à pressão direta) indica lesão em um órgão. A dor provocada por exalação forçada indica grande probabilidade de lesão nos tecidos de suporte. Por exemplo, os ligamentos de um rim prolapso são esticados durante a exalação e encurtados durante a inalação. Se o paciente segurar a respiração por um curto período durante a inalação ou exalação, você consegue localizar melhor a lesão.

Outra técnica envolve estiramentogeral na inclinação posterior. O paciente está sentado com ambas as mãos atrás do pescoço, cotovelos juntos. Fique de pé atrás dele e incline-o para trás levantando seus cotovelos, mantendo a posição por alguns segundos. Este estiramento geralmente revela zonas de adesão de vísceras e seus ligamentos. O paciente pode se surpreender com as áreas de desconforto localizadas em seu tronco. Aqueles que tentaram as mesas invertidas de Trendelenburg talvez tenham tido o mesmo tipo de sensação. Você deve ser capaz de localizar zonas irritáveis com grande precisão em pacientes com úlcera. Usando essa técnica, todas as restrições relacionadas às cicatrizes se revelarão em suas diversas profundidades.

NOSSA RESPONSABILIDADE NO DIAGNÓSTICO

Os pacientes que vemos na prática osteopata nem sempre passaram por outros "filtros" médicos, e, portanto, temos uma importante responsabilidade em termos de diagnóstico. Pacientes sofrendo de dores nas articulações podem ou não ter problemas viscerais benignos, e devemos estar certos de distinguir qual é o caso. Dor na perna ao longo do nervo femoral quase sempre tem um

algum envolvimento visceral; nossa credibilidade como curadores não pode se manter intacta com a generalização superficial de que todas as dores na perna são devido à restrições na L3. Em cada um dos capítulos seguintes irei descrever a patologia e sintomatologia de algumas doenças dos órgãos em discussão. Escolhi os mais comuns e que compartilham sintomas e sinais com os problemas funcionais que trato geralmente. Por exemplo, sede excessiva ao acordar é frequentemente devido a problemas renais, como prolapso, mas pode também ocorrer em patologias mais sérias. Não devemos nos paralisar com a responsabilidade do diagnóstico, mas devemos, ao contrário, sermos estimulados a trabalhar com mais afinco para aprimorar nosso entendimento da medicina.

Tratamento

Técnicas diretas, indiretas e de indução foram descritas em *Manipulação Visceral I*. Gostaria de discutir algumas técnicas adicionais, modificações e considerações terapêuticas.

REBOTE

O rebote, cujo valor diagnóstico foi discutido acima, pode também fornecer meios para tratar as restrições. A técnica consiste em levar o tecido ao ápice do seu curso de movimento e então soltá-lo. Acho que o efeito se dá através de reflexos nervosos. O estiramento e liberação abrupta da estrutura causa o relaxamento das tensões musculares e membranosas ao seu redor. Isso é fácil de entender quando um músculo está envolvido, mas é mais difícil no caso de fâscias. O rebote é muito efetivo no relaxamento do espasmo de um órgão como o intestino delgado. Os músculos do intestino reagem bem a provocações mecânicas (Lei de Bayliss). Qualquer estiramento estimula os proprioceptores, mecano-receptores e de barore-

ceptores, que têm efeitos bem documentados na musculatura lisa.

Os rins têm alguns ligamentos sólidos, como também o fígado. Eles são mantidos no lugar principalmente pela pressão dos músculos abdominais. A técnica do rebote tem efeito nos mecano-receptores da fáscia renal e tecido gorduroso pararrenal. Normalmente não se pensa no papel do tecido adiposo do corpo. No caso dos rins, servem como superfícies deslizantes que ajudam a prevenir fricções e colisões. Uma vez que os rins não estão localizados dentro da cavidade peritoneal, não se beneficiam da viscosidade do fluido peritoneal, e do mesmo efeito de turgidez e coesão intervisceral dos outros órgãos. Quando você usa a técnica do rebote nos rins, você também estimula a porção do peritônio parietal posterior, que o separa do colo (especialmente no lado direito).

Eu considero a técnica do rebote sozinha como tendo um efeito apenas transitório: cria um estímulo central que tornará outras manipulações mais fáceis. Meu colega Paul Chauffour a usa como sua modalidade principal de tratamento e tem excelentes resultados com ela, mas ninguém mais com a mesma abordagem conseguiu resultados comparáveis. O rebote, ao produzir relaxamento imediato, aumenta nossa habilidade de alcançar e manipular os órgãos ou tecidos desejados. Os estímulos dos proprioceptores facilitam a consciência topográfica do corpo, e o corpo concentra sua resposta na área da restrição. Uso o rebote no início do tratamento e frequentemente no final, para focar a consciência corporal na víscera principal em tratamento.

INDUÇÃO

A indução consiste em exagerar o movimento que o profissional sente durante o teste de ausculta. *O teste de ausculta é uma ferramenta diagnóstica, enquanto a indução é uma modali-*

dade de tratamento. Existem dois tipos de indução: local e geral.

Indução Local

A indução local envolve sempre um órgão específico ou tecido mole. Por exemplo, durante o tratamento do fígado, você pode fazer um teste de ausculta e, durante o expir, a mão localizada no fígado é puxada para longe da linha média do corpo.

A indução local consiste em aumentar o movimento expir até que ele diminua e cesse. Mais comumente, a mão volta à sua posição inicial e então move na mesma direção de novo; às vezes, esse movimento diminui progressivamente e cessa totalmente. Às vezes, haverá um ponto de parada onde o movimento de ausculta cessa por alguns momentos e então retoma. A indução termina quando o teste de ausculta não apresenta mais resultados.

Indução Geral

A indução geral é sempre baseada na ausculta dos tecidos, mas envolve um grupo de tecidos e órgãos.

Exemplo: você quer fazer uma indução geral no fígado. O paciente senta com as pernas dependuradas e as mãos sobre as coxas. Coloque os dedos abaixo da caixa torácica, nas bordas medial e lateral do fígado. Suavemente, libere a pressão e siga o movimento da ausculta dos tecidos sob seus dedos. Inicialmente, irá perceber como o fígado começa a mover-se e, pouco a pouco, esse movimento se torna mais generalizado no abdome e tórax. Parece que todo o corpo do paciente começa a se mover contra seus dedos, o que efetua uma indução do fígado.

Note que esta é uma manobra física, e não uma manobra para liberar restrições emocionais.

A indução geral permite liberar tecidos; uma vez que um tecido específico é liberado, suas mãos serão atraídas por outros tecidos, até que todos os tecidos anormalmente tensos do corpo tenham conversado com suas mãos.

O corpo do paciente irá curva-se ao redor de seus dedos, o que é usado para detectar e liberar restrições. Com a progressão da técnica, você sentirá uma fusão entre suas mãos e o corpo do paciente de modo que se sentirá como uma entidade única. O movimento inicialmente se tornará mais e mais rápido e gradualmente tornar-se-á lento à medida que os tecidos são liberados.

Não "solte" o paciente demais, como é comum nas técnicas somato-emocionais que John Upledger gosta tanto. Nestas técnicas, o objetivo é manifestar fisicamente uma emoção pela liberação de tensões psicológicas. Meu único objetivo é liberar restrições viscerais.

Na osteopatia norte-americana, um tipo semelhante de indução geral, aplicado ao sistema craniossacral, é chamado de "desenrolar". Esse é um termo apropriado pois o processo é similar ao desenrolar de uma bobina ou fio de telefone emaranhado, durante o qual a restrição primária se revela.

Relação Entre Órgãos e Emoções

No meu livro anterior (*Manipulação Visceral I*), não discuti esse aspecto vital do nosso trabalho em detalhes. Isso será feito nesse livro.

Cada órgão está associado a um conjunto específico de emoções, que podem ser trazidas e estimuladas através da Manipulação Visceral. A mobilização de um órgão já o conecta ao sistema límbico. Contudo, existe uma técnica especificamente desenvolvida para irromper e liberar essas emoções. Essa técnica consiste de uma ausculta emocional seguida de indução.

Eu não determino esses padrões de relações emocionais baseado em fontes de informação que busquei de outras pessoas. Em vez disso, comecei por observar o comportamento e reações de diferentes pacientes com distúrbios específicos. Dessa forma, pude estabelecer algumas idéias gerais pelo estudo de centenas de pessoas com problemas como úlceras, hepatite, colite e pielonefrite. Pacientes com problemas no baço e pâncreas eram mais raros e tive de me contentar com apenas algumas dúzias dos mesmos.

No mundo emocional dos humanos, nada é 100% certo. Essa pode ser uma atitude simplista, mas é também realista.

AUSCULTA EMOCIONAL

Com essa técnica, suas mãos descansam no corpo, mas a pressão aplicada é tão leve que quase não existe (como se estivesse para perder contato físico com o corpo). A sensação que se sente é bem diferente da ausculta normal. Pode-se, muitas vezes, ter a sensação que as mãos estão levemente afastadas do corpo. Durante o teste de ausculta física local, as mãos são mais comumente atraídas para profundo e deslizam para dentro. Durante a ausculta emocional, suas mãos deslizam superficialmente, mas sempre mantêm contato com o corpo, embora o contato possa ser muito leve.

Ausculta Emocional Geral

Para a Ausculta Emocional Geral, tenha o paciente de pé, como no teste de ausculta física geral. A parte mais difícil é estar sempre aplicando uma leve pressão com a mão, e evitar deixar a mão ser puxada para mais perto, para um contato mais físico.

A seguir, alguns achados mais gerais do teste de ausculta emocional. Você notará que

o corpo será frequentemente submetido rapidamente à um movimento de rotação e flexão lateral.

- *Se o paciente se move para trás e, às vezes, até perde o equilíbrio, significa que em sua vida o passado é mais intenso que o presente ou o futuro.* Essas pessoas são tão marcadas pelo passado, que tendem a viver nele. A reação é egocentrismo e introversão.
- *Se um paciente se move para a frente, o futuro é muito importante para ele.* Essas pessoas encontram seu equilíbrio numa correria louca e impetuosa, geralmente sem terem tentado resolver problemas do passado. É uma reação de extroversão.
- *Se o paciente se move de lado, têm grande necessidade de proteção.* O movimento geralmente vai na direção do órgão que está ligado aos problemas do paciente e reações emocionais. Por exemplo, curvar-se para a direita pode indicar uma participação do fígado.

Geralmente, o órgão não é somente o reservatório emocional, mas também se torna uma das causas do desequilíbrio emocional, por uma ligação circular com o sistema límbico.

Ausculata Emocional Local

A Ausculata Emocional Local ajuda a determinar se um órgão está ligado ao desequilíbrio emocional que você detectou. Por exemplo, o teste de ausculata física local levou ao duodeno, e você quer saber se o mesmo também contribui para o desequilíbrio emocional. Libere o contato com o corpo de maneira que possa entrar em modo de ausculata emocional. Se as mãos permanecerem inertes, é quase certo que o duodeno não é um reservatório emocional significativo. É claro, existe sempre uma pequena ligação emocional com cada órgão, mas esta é de maior importância quando pode ser detectada pelo teste de ausculata emocional.

INDUÇÃO EMOCIONAL

Essa técnica trabalha segundo o mesmo princípio da indução física. Você exagera o teste de ausculata emocional movendo-se com ele na mesma direção e prolongando-o levemente. Este teste não é feito na posição de pé porque o paciente poderá perder o equilíbrio. Coloque o paciente deitado, e ponha sua mão dominante no crânio ou na parte do corpo que reagiu durante a ausculata emocional. Esses procedimentos de indução produzem uma pequena liberação emocional que ajuda o paciente a melhor se adaptar ao problema em questão. Você pode também trabalhar com ambas as mãos. Coloque uma mão contra o órgão afetado e a outra no crânio e deixe as duas mãos trabalharem juntas em harmonia.

Logo antes da liberação, é comum uma aceleração na ausculata e depois uma parada repentina. Quando a indução emocional cessar, pare as manobras.

RELAÇÕES CRANIO-VISCERAIS

Existem dois tipos de relações cranio-viscerais: ou correspondem às áreas esqueléticas, suturais, ou restrições membranosas, ou ao crânio propriamente dito, seja estruturalmente ou funcionalmente.

Não é minha intenção definir tipos rígidos, com peças perfeitamente encaixadas, porque o corpo nunca se adequa às estruturas puras e lógicas. No entanto, é possível traçar observações gerais:

- *Relações ipsilaterais:* restrições do esqueleto, membranosas ou suturais geralmente ocorrem no lado do órgão restrito.
- *Relações cranianas inferiores:* quanto mais baixa for a restrição visceral, maiores as chances de uma restrição craniana inferior. Por exemplo, um problema hepático geralmente aparece próximo à sutura coronária ou à sutura escamosa direita.

CAPÍTULO 1 / INTRODUÇÃO

Problemas ginecológicos mais frequentemente se apresentam próximos à sutura lambdóide e no occipital.

Tente este experimento. Primeiro, proceda a um teste de Ausculta Local do crânio do paciente e lembre-se da sensação. Então manipule um órgão e teste o crânio de novo. Se a Ausculta Local provocar uma atração em sua mão diferente e mais profunda, essa área muito provavelmente corresponde à projeção cerebral central do órgão manipulado. É fascinante poder trabalhar simultaneamente no órgão e em sua ligação cerebral para poder otimizar os resultados.

No entanto, se a segunda ausculta craniana permanecer superficial, a relação é membranosa (fáscia, duramáter, músculo, etc.). Apenas se a palma da mão for atraída mais profundamente para dentro do crânio existirá uma relação cerebral.

TÉCNICAS PARA VISCOELASTICIDADE VISCERAL

Lembre-se que viscoelasticidade é um atraso na elasticidade da estrutura. No campo da elasticidade, a estrutura normalmente retorna à forma inicial imediatamente. Esse retorno é mais gradual na viscoelasticidade (*Ilustração 1-11*).

Trabalhar com a viscoelasticidade de um órgão significa comprimir o órgão entre suas mãos ou contra outra estrutura, para evitar que retome imediatamente sua forma original. Você controla o retorno à forma original pela liberação gradual. É como se o órgão lentamente, mas positivamente, empurrasse suas mãos de volta. Esta técnica é mais eficiente na recuperação da função de um órgão do que as técnicas para tratamento perivisceral do tecido conectivo, embora não possamos negligenciar tais técnicas. Parece ter um efeito na vitalidade do órgão.

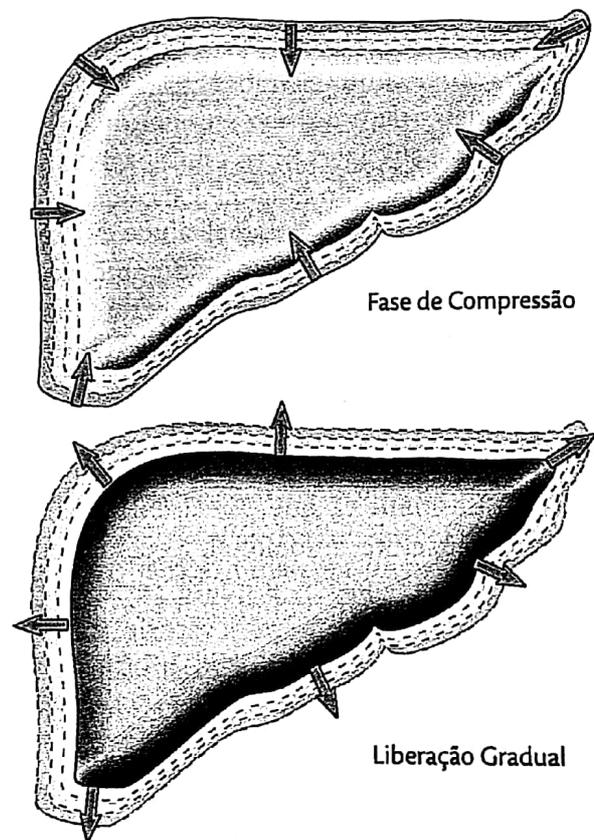


ILUSTRAÇÃO 1-11

Manipulação Viscoelástica de um Órgão

Estratégia de Tratamento

Na osteopatia, às vezes é difícil encontrar a restrição chave ao problema do paciente. Deve-se manipular primeiro o crânio, a coluna vertebral, as vísceras ou os membros? Pessoalmente, não acredito na descoberta inevitável da restrição primária. Existem tantas causas possíveis que podemos apenas desejar encontrar a "menos secundária" delas, mesmo se nos referirmos a ela como restrição "primária". Não obstante, a ordem do tratamento é importante, e eu faço as seguintes sugestões:

Não comece o tratamento pelo ajuste da coluna vertebral, mas sim pelas técnicas cranianas e visceral. A manipulação vertebral deve ser executada somente após ter tentado liberar todas as outras zonas, facilitando a descoberta da restrição vertebral primária.

➔ Sempre procure por restrições nos pés e na articulação sacrococcígea. Essas são particularmente patogênicas para o sistema visceral. A importância da articulação sacrococcígea foi discutida no Capítulo 11 do *Manipulação Visceral I*. Geralmente, encontro restrições nos pés em pacientes com problemas viscerais. Posso pensar em duas razões para isso. Uma é a ligação neurológica: muitos órgãos abdominais e pélvicos são inervados por nervos que também vão para as extremidades inferiores, e distúrbios em uma área podem portanto ter reflexo em outra. Existem também ligações mecânicas: restrições viscerais perturbam o equilíbrio dos tecidos moles que afetam a postura e, portanto, o pé. Ao contrário, problemas no pé podem ter um efeito cascata que perturbam a mecânica das vísceras.

Quando houverem várias restrições (particularmente no abdome superior) ou uma restrição grande (por exemplo, como resultado de peritonite), a indução geral é geralmente mais indicada. Para uma única restrição é melhor trabalhar localmente. Por exemplo, se houver apenas uma restrição no

esfíncter de Oddi, você obterá os melhores resultados trabalhando naquela área; no entanto, se além disso houver envolvimento da vesícula e do ligamento triangular direito, você deve usar indução geral e mover seus dedos ligeiramente para trabalhar em todas as áreas afetadas.

Com osteopatia, começa-se com tratamento local e termina-se com manipulação geral para harmonizar a reação do corpo. Quando você começa localmente, pode ser relativamente discreto e gentil (estimulando assim a energia do paciente), e gradualmente envolver mais e mais do corpo. Se um profissional (particularmente um iniciante) começa direto com a manipulação geral, existe uma tendência a trabalhar muito repentina e rapidamente; tal tratamento irá exaurir parte da energia do paciente sem estimular os mecanismos de autocura. Em outras palavras, se você inicia num nível geral ou sistêmico e comete um erro, irá dissipar a energia do paciente sem obter resultados e, portanto, desperdiçar a sessão de tratamento. No entanto, se você iniciar localmente, poderá gentilmente corrigir qualquer reação do corpo que perceber não ser saudável enquanto o paciente ainda mantém energia suficiente para permitir a continuação do tratamento.

O estado geral da energia do paciente é um fator determinante ao sucesso do tratamento. De todas as técnicas de Manipulação Visceral, a motilidade é aquela que mais interage com a energia do paciente. Por esta razão, termino as sessões de tratamento trabalhando a motilidade. É claro, isso não significa que a motilidade seja mais importante que a mobilidade, nem permite que se ignore os tratamentos para mobilidade. Sem a habilidade de mover-se livremente e suavemente através do ambiente anatômico, um órgão não pode atingir boa motilidade.

O tratamento osteopático não deve ser excessivamente prolongado. Nunca peça a um paciente para vir semanalmente por

um período de vários meses. Isso é particularmente verdadeiro quando se trabalha a energia profunda do corpo através de órgãos como fígado e rins. Se você trabalha neles frequentemente (mesmo semanalmente) ao invés de deixar o corpo fazer o serviço, você pode ter bons resultados inicialmente, mas logo o corpo não irá mais responder. Os canais excretores, como vesícula, esfíncter de Oddi, e ceco, podem ser trabalhados semanalmente sem efeitos danosos; no entanto, ainda acredito que tal frequência de tratamento é desnecessária.

A osteopatia não é uma forma de “enfermagem” na qual você trabalha não permitindo ao corpo do paciente se expressar livremente. Suas mãos devem estimular e informar ao corpo, sem jamais substituí-lo. A afirmação frequentemente citada de A.T. Still, “encontre, conserte, e deixe pará lá”, significa para nossos propósitos que você deve encontrar a restrição, tratá-la, e daí em diante o corpo se encarrega. Os experimentos de M. Michallet descritos abaixo, demonstram que os efeitos da manipulação continuam ao longo do tempo.

TRATAMENTO EM CRIANÇAS

Jovens e crianças pequenas necessitam de consideração especial e delicadeza. Eles são pacientes especialmente queridos, não apenas por sua fragilidade, mas também porque podemos aprender tanto com eles. Por exemplo, tenho observado que, no exato momento que o cordão umbilical é cortado nos recém nascidos e eles passam a depender do ambiente externo para obter oxigênio, ocorre uma forte restrição na T4 quando os pulmões entram em ação. Isso aprofundou minha apreciação sobre a mecânica da respiração. É interessante auscultar a motilidade do útero materno após o parto e compará-la à movimentação geral dos tecidos do bebê: você pode geralmente deduzir a posição do bebê no útero. Isso reforça o fato de que os tecidos têm uma memória ativa. Em geral,

não trato mobilidade em crianças porque existe risco real de dano a órgãos, especialmente o fígado, que é relativamente grande e delicado. Tenho que admitir ter eu mesmo cometido esse erro. Quando uma criança tem acima de sete meses de idade e começou a rolar e engatinhar, você pode iniciar o trabalho de mobilidade desde que o faça com extrema delicadeza. Mesmo usando indução, tenha bastante cuidado, pois aplicando pressão em excesso pode criar restrições difíceis de resolver.

Uso com frequência Manipulação Visceral no tratamento de crianças. O fígado e rins são órgãos muito importantes em crianças. Trato do fígado em casos de infecções recorrentes, febre crônica, má digestão, hipotonia, e desidratação. Crianças fracas ou cujo desenvolvimento está atrasado, geralmente se beneficiam da manipulação renal, como também aquelas com problemas nos membros inferiores. Combino tratamento dos rins e bexiga para enurese.

Em minha experiência, as restrições mais comuns em crianças novas afetam o crânio, ombros e sistema digestivo. Para o primeiro destes, o tratamento craniano é o mais efetivo; a indução é recomendada para os outros dois. Prefiro trabalhar com crianças pequenas com os pés em minha mão direita e a cabeça na esquerda. Por exemplo, para tratar o problema, muito comum, da primeira costela direita, torço as pernas e a parte inferior do corpo para a esquerda para focar na costela.

Em crianças existe uma forte ligação entre problemas dos órgãos digestivos e restrições cranianas. Geralmente, após duas ou três sessões de Manipulação Visceral, tenho observado o desaparecimento do refluxo, regurgitação e outros distúrbios nos bebês. Esses também podem ser resolvidos pela manipulação craniana. Geralmente trato tais casos com uma mão sobre o estômago (especialmente o hiato) e a outra sobre o occipital (foramen magnum). A técnica consiste em

estabelecer uma suave conexão entre as duas mãos. No começo da sessão de tratamento, quando você puxa a duramáter cefálica (usando uma leve pressão "tipo-indutora"), o hiato se move posteriormente; ao final da sessão isso já não ocorre.

A honestidade me obriga a destacar a ocorrência frequente de imaturidade neurológica de vários esfíncteres, que geralmente se resolvem com o tempo. No entanto, tenho obtido resultados imediatos após sessões de tratamento, que, para mim, indicam uma relação de causa e efeito.

Tenho tido muito sucesso no tratamento de casos de estenose pilórica relativamente leve; no entanto, se a criança não consegue engolir sem vomitar, a manipulação é inútil. Durante o tratamento, é importante ter uma mão na região anterior e outra na posterior, trabalhando através das duas mãos tanto no plano sagital como transversal.

Crianças com sensibilidade das flexuras hepática e esplênica ou do colo sigmóide geralmente estão com parasitas. Isso é mais comum em países industrializados do que a maioria das pessoas pensam. Crianças com infestação de parasitas geralmente põem o dedo no nariz, coçam várias partes do corpo (comumente incluindo ânus, antebraços ou pálpebras), puxam suas orelhas, etc.

Para crianças com sinusite crônica (um distúrbio comum), prescrevo remoção de todos os laticínios da dieta. Tratamentos visando melhora da motilidade do fígado são geralmente bem sucedidos. Por outro lado, acredito que crianças com irritação crônica de garganta têm problemas no sistema imunológico, e tenho usado indução no timo e apêndice com muito sucesso nesses casos.

Dores lombares em crianças são raramente devido a fatores musculoesqueléticos. Em crianças com dores lombares, verifique a função das vísceras do baixo abdome com cuidado; quase sempre encontrará a causa lá.

As crianças sempre choram por uma razão. Uma criança que chora regularmente deve ser verificada por completo.

A PESQUISA DE JACQUES-MARIE MICHALLET

Um problema na osteopatia é que observamos resultados clínicos mas não somos capazes de documentá-los de maneira objetiva. Os rins, no entanto, são facilmente visualizados por ultrassonografia, e sua mobilidade pode assim ser medida com precisão. Jacques-Marie Michallet usou o ultrassom para estudar os efeitos da Manipulação Visceral nos rins em seu projeto de tese para o Diploma em Osteopatia aqui na França. Fiquei honrado em ser seu padrinho, e somos gratos ao especialista em imagens Dr. Serge Cohen de Grenoble por tornar essa pesquisa possível.

Michallet selecionou 25 indivíduos (7 homens e 18 mulheres) que foram tratados por vários osteopatas por suposta ptose renal com sintomas do tipo: extrema fadiga, tonturas, dor nas costas, distensão abdominal, espasmos musculares, problemas de pressão arterial, etc. A proporção de homens e mulheres nesse estudo é bem típica do que encontramos no consultório. Geralmente, 60% dos nossos casos são mulheres, mas para casos renais a proporção fica próxima aos 70% (ver Capítulo 9).

Porque o ar na flexura cólica interfere com o ultrassom, a mobilidade do rim direito foi medida em seu pólo superior e a do rim esquerdo em seu pólo inferior. A mobilidade foi medida após várias inalações e exalações forçadas e a maior medida foi tomada. Dos 25 casos, 24 envolviam o rim direito; o rim esquerdo tende a tornar-se mais restrito ao invés de prolapso.

O objetivo de Michallet era reunir dados objetivos no que se refere à extensão da mobilidade renal após a manipulação. Alguns pacientes possuíam urografia intravenosa mostrando forte evidência de prolapso renal positivo que uma ultrassonografia subsequente não conseguiu mostrar. Com o paciente em posição sentada, os rins foram

manipulados por volta das 19:00, antes do jantar. Esse horário foi escolhido em função do efeito da gravidade durante o dia que acentua a ptose (acentuando o problema), e porque o abdome é manipulado com mais facilidade com o estômago vazio.

Em cada caso, a mobilidade do rim tratado mostrou um aumento imediato em amplitude (média de 18,7mm). O aumento foi menos intenso em pacientes brevílneos. Michallet não parou nesse estágio do experimento, mas pediu aos pacientes que retornassem dois meses depois. Dos 25 pacientes, 18 cumpriram; em 16 deles, Michallet observou um acréscimo retardado na mobilidade (média de 10mm). Assim, o aumento médio da mobilidade nesses 16 pacientes foi de 28,7mm!

O protocolo para esse experimento era um tanto rígido. Dr. Cohen impôs várias precauções para evitar artefatos e efeitos placebo. Nessas circunstâncias, a probabilidade do aumento observado na mobilidade ser devido ao acaso é muito baixa. Esses resultados testemunham os efeitos inegáveis da manipulação na mobilidade de um órgão. Alguns terapeutas me garantiram que era impossível chegar a um rim manualmente pela rota anterior! Tive que demonstrar a técnica inúmeras vezes com fluoroscopia até por fim aceitarem o fato.

O efeito retardado que fora notado é prova de que é preciso apenas fornecer a informação ao corpo e liberar a restrição, não tratar o paciente repetidamente por longos períodos. Não temos nada a ver com reeducação; deixe o corpo se corrigir. Na minha experiência, tratamento a cada três semanas parece ser suficiente, e resultados positivos devem ser observáveis nas primeiras quatro sessões. Se não, o tratamento osteopático deve ser alterado, ou totalmente abandonado em favor de outras abordagens.

Recomendações

As contra-indicações absolutas envolvem aquelas lesões orgânicas para as quais a manipulação apresenta o risco de dar início a um processo invasivo ou causar uma lesão vascular. Por exemplo, manipulação de úlcera duodenal que ameaça perfurar pode causar hemorragia. O capítulo 4 apresenta uma discussão detalhada dos sintomas clínicos do estômago e duodeno que demandam precauções.

Outra contra-indicação da manipulação abdominal é aneurisma da aorta abdominal. Tenho encontrado vários casos de aneurisma da aorta em meu trabalho e acredito que essa descoberta e subsequente cirurgia salvaram a vida dos pacientes. Você deve estar apto a reconhecer aneurismas, de modo que a manipulação direta, que pode ser perigosa ao paciente, possa ser evitada. Nunca ouvi falar de manipulação que levasse à ruptura de aneurisma, mas as paredes de alguns aneurismas são tão finas que tal risco deve ser considerado.

Outro ponto importante é que, embora os pacientes possam experimentar certa sensibilidade durante a Manipulação Visceral, nunca deve haver dor intensa. Se houver, pare a manipulação imediatamente e descubra a razão para a dor. Se não puder fazê-lo, encaminhe o paciente para alguém que possa.

Conselhos aos pacientes devem refletir sua experiência clínica e levar à prevenção ou evitação da recorrência. Melhorar a circulação subclávia de um paciente que, mais tarde no dia, irá pintar um telhado, não é particularmente útil. O paciente deve ser cuidado em como usar seu corpo. Não obstante, salvo alguns poucos movimentos específicos a serem evitados, geralmente recomendo aos meus pacientes que não alterem em nada sua rotina física.

Alguns pacientes com dores lombares cuja causa não fora descoberta nem tratada,

podem ser obrigados a viver em um ritmo mais lento por vários anos para evitar recorrências. Tratamentos osteopáticos que tratam a causa podem tornar desnecessária essa mudança de vida. Seja cuidadoso ao aconselhar e sempre assuma que os conselhos serão seguidos; não devem prejudicar a harmonia física do paciente nem ser desnecessariamente restritivos.

Acredito que todos problemas surgem da compensação do corpo ao estresse crô-

nico. O tratamento deve objetivar o alívio de tal estresse e se preocupar menos com efeitos de traumas recentes. Por exemplo, vivo em uma área cercada pelos Alpes, ainda assim vejo mais casos de dores lombares causadas por um movimento de curvar-se para apanhar objetos pequenos que pela prática radical de esqui. É mesmo razoável proibir que um paciente desempenhe uma atividade física que o faça sentir-se bem?



CAPÍTULO 2

O Peritônio

■ CONTEÚDO DO CAPÍTULO

O Omento Maior	33
Problemas Mecânicos.....	34
O Peritônio Parietal	34
Diagnóstico das Restrições	35
Ausculta.....	35
Teste de Distensibilidade	36
Teste de Motilidade.....	37
Tratamento	37
Indução do Peritônio-omento.....	39
Conclusão	39

2 / O Peritônio

PROBLEMAS COM ESTRUTURAS PERITONEAIS raramente constituem patologia causal ou primária; no entanto, essas estruturas são, quase sempre, afetadas por problemas de órgãos abdominais, incluindo laparotomia, infecção e trauma. Nesse capítulo irei ampliar as descrições anatômicas do *Manipulação Visceral I* e descrever várias técnicas de mobilização do peritônio. Tais técnicas devem ser executadas antes do tratamento de outros órgãos. O omento maior e o Peritônio Parietal Anterior são manipulados pelas mesmas técnicas.

O Omento Maior

Essa divisão do peritônio se origina como duas dobras peritoneais viscerais compreendendo as superfícies anterior e posterior do estômago; as duas dobras se unem na curvatura maior do estômago e descem desse ponto. O omento maior então se espalha para cobrir a maior parte da superfície anterior do intestino delgado, dobra por cima de si mesmo, e sobe para ligar-se à superfície anterior do colo transversal (*Ilustração 2-1*). É contínuo com o peritônio visceral do colo transversal e daí ao mesocolo, que liga o colo ao peritônio parietal posterior no nível dos rins. Lateralmente, os ligamentos

do omento maior são muitas vezes confundidos com os ligamentos frênico-cólicos.

O omento maior está crivado de inúmeros orifícios vasculares, contém os vasos que irrigam o estômago, e normalmente é cheio de tecido adiposo que o torna mais fácil de ser encontrado em uma dissecação. Pode ser descrito como tendo quatro bordas e quatro superfícies. A borda superior é fixada ao colo transversal, à grande curvatura do estômago, e frequentemente aos ligamentos frênico-cólicos. As bordas laterais repousam sobre o colo ascendente e descendente. A borda inferior, irregular, apóia-se acima do púbis e do ligamento inguinal, estendendo-se mais para baixo do lado esquerdo. As superfícies anterior e posterior faceiam a parede abdominal e o intestino delgado respectivamente.

O omento maior inegavelmente desempenha um papel de proteção mecânica no abdome, isto é, atua na absorção de impactos. Ele tem também uma função vascular importante no sistema digestivo, como evidenciam os inúmeros vasos que passam através dele e o cruzam. A camada adiposa atua como isolante, evitando rápido ganho ou perda de calor pelos intestinos. O omento maior contém, ainda, grande número de linfonodos e desempenha, portanto,

função imunológica; é afetado por distúrbios como apendicite, outras infecções abdominais, tuberculose, e cânceres abdominais.

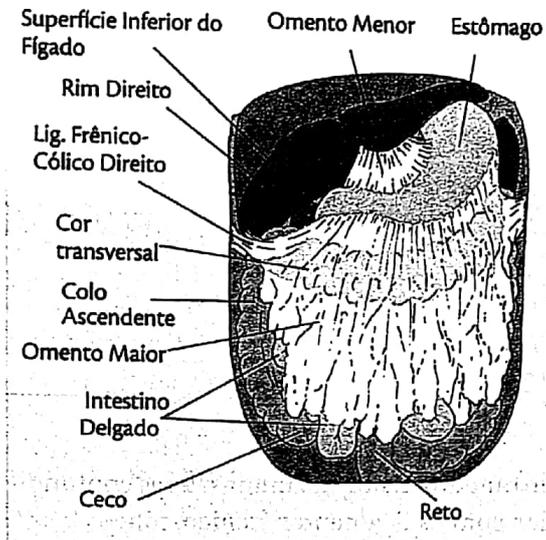


ILUSTRAÇÃO 2-1

Omento maior (segundo Testut)

PROBLEMAS MECÂNICOS

O omento maior adentra-se facilmente nos "tratos herniários" e frequentemente representa o maior número de hérnias associadas ao intestino delgado. Como ele estende-se mais abaixo do lado esquerdo, ele penetra mais facilmente nos tratos herniários esquerdos.

Uma vez que ele frequentemente se envolve em casos de infecção, o omento maior pode também criar aderências. Aquelas que afetam o intestino delgado podem perturbar o trânsito intestinal, e produzir um efeito danoso na circulação vascular abdominal, particularmente durante períodos de digestão ou atividade física intensa. Tais adesões podem também perturbar a mobilidade e motilidade intestinal. Quando você anda, curva-se, etc., o intestino deve ser capaz de se mover livremente dentro da cavidade abdominal. Uma restrição no omento maior impede que esse

movimento aconteça e produz espasmos dos sistemas digestivo e circulatório.

Quando um paciente sofre de dor aguda após corrida, considere um problema mecânico no omento maior. Se a dor tende a ser amena durante a digestão ou após esforço físico, pense mais em um problema reflexo vascular abdominal, originado no omento maior.

Por várias razões, como prolapso do estômago ou colo transversal, o omento maior pode também estar prolapsado. Com um prolapso que movimenta livremente, o paciente sente apenas pequeno desconforto. No entanto, se este estiver aderido, os efeitos são mais comprometedores e podem afetar os órgãos digestivos ou urinários e causar espasmos do diafragma.

Prolapso do omento maior e estômago ocorrem tipicamente juntos e produzem os mesmos sintomas clínicos. Acontece um puxão dos ligamentos frênico-cólicos, que produz espasmos da flexura cólica e acúmulo de ar no colo. O movimento do diafragma é afetado, particularmente na exalação, porque é durante essa fase que ocorre um aumento da tensão dessas estruturas.

Peritôneo Parietal

O peritôneo é, de longe, a mais complexa das membranas serosas. Sua porção visceral cobre os órgãos abdominais e forma estruturas como o omento maior e o mesentério, enquanto sua porção parietal delinea a cavidade abdominal. A Manipulação Visceral requer a habilidade de alcançar e tratar o peritôneo parietal.

Anteroinferiormente, o peritôneo parietal é apoiado pelos ligamentos umbilicais médio e medial (*Manipulação Visceral I*, pág. 160). Fino na frente, sua espessura aumenta posteriormente, particularmente na área lombar, e é revestido por uma camada adiposa subperitoneal.

Uma parte do peritôneo chamada mesotélio secreta um fluido seroso que facilita

o movimento dos órgãos e o deslizamento das camadas visceral e parietal. Vamos também lembrar que fluido seroso desempenha também um papel no transporte do óvulo. Ele flui através da terminação fimbriada da Trompa de Falópio e permite o deslizamento do óvulo através do tubo. Se há irritação ou infecção, a secreção desse fluido aumenta consideravelmente e ele se torna mais viscoso. É por isso que as aderências podem ocorrer tão rapidamente, algumas vezes em poucas horas.

Procedimentos cirúrgicos frequentemente causam restrições no peritônio. A laparoscopia frequentemente causa aderências no peritônio anterior, geralmente 3 a 4cm abaixo do umbigo. Tais aderências podem dar origem a vários problemas, que se manifestam quando o paciente curva-se para trás. Como essa posição afasta o umbigo do púbis e estira o peritônio anterior, irá provocar dor no local da restrição.

Essas aderências são causas frequentes de perturbações mecânicas viscerais, pois elas impedem o deslizamento entre os órgãos. O estiramento dos órgãos e ligamentos então causam dores locais e espasmos vasculares que perturbam o paciente e o levam a buscar tratamento. Porque não há sinais objetivos, os sintomas são tratados como subjetivos e o paciente como hipocondríaco. Descobriu-se em um desses pacientes que reclamava de dor abdominal aguda durante a digestão, na dissecação post-morte (da qual eu participei), inúmeras aderências abdominais que devem ter perturbado a circulação vascular e o trânsito intestinal.

Diagnóstico de Restrições

Não é possível distinguir com os dedos entre o omento maior e o peritônio parietal anterior, estando ambos localizados mais profundamente na musculatura abdominal. Estão espalhados como um tecido e para

testá-los você deve escolher dois pontos de pressão, o primeiro sendo um ponto fixo e o segundo de tal modo que permita estirar o peritônio e avaliar sua elasticidade. Para evitar contrações musculares, você deve inicialmente escolher pontos de pressão nas interseções dos músculos.

Anteriormente, tais pontos são encontrados ao longo das bordas externas do músculo reto abdominal, diretamente abaixo das inserções costais dos músculos abdominais, ao longo da linha média e ligamento inguinal, em torno do umbigo, e na área acima da sínfise púbica e na virilha (lateralmente à foíce inguinal). Lateralmente, tais pontos podem ser encontrados numa área triangular limitada pela borda anterior do grande dorsal, borda posterior do músculo oblíquo externo do abdome e a crista íliaca. Os pontos posteriores estão no triângulo de Grynfeltt (também conhecido como espaço de Lesshaft), que é limitado superiormente pela 12ª costela e o músculo serrátil posterior, posteriormente pelo quadrado lombar, e anteriormente pela borda posterior do músculo oblíquo interno do abdome.

AUSCULTA

A Ausculta Local também pode ser utilizada aqui. Para auscultar o peritônio anterior e o omento maior, coloque seus dois dedos indicadores e polegares nos aspectos súperolateral e inferolateral, respectivamente, do músculo reto abdominal, e foque na parte anterior do corpo. Para o aspecto lateral do peritônio, os polegares e indicadores se localizam de maneira similar mas os dedos mínimos são colocados o mais lateralmente possível. Para auscultar o peritônio posterior, os dedos médios são colocados ligeiramente de lado dos processos transversos de L3, e o resto das mãos nos aspectos póstero-laterais do tronco. Se suas mãos forem suficientemente grandes, você pode auscultar todo o peritônio sem mover as mãos. A Ausculta Local

é executada conforme descrito no Capítulo 1, ou seja, suas mãos e mente estão passivos e atraem o corpo do paciente. Se existem problemas no peritônio, eles geralmente estarão nos "cantos" da caixa formada por suas mãos (ex., o canto superior lateral do reto abdominal). Sempre ausculte o peritônio após completar suas outras técnicas.

TESTE DE DISTENSIBILIDADE

Esse teste envolve fixar parte do peritônio com uma das mãos e estirá-lo com a outra, procurando eliminar toda a participação muscular trabalhando entre dois músculos ou duas camadas de músculos. Pode ser executado na posição sentada (*Ilustração 2-2*) ou supina.

Para o teste anterosuperior, coloque os dedos de sua mão esquerda na borda superior-lateral do reto abdominal e empurre-o levemente posteriormente. Os dedos de sua mão direita serão dispostos simetricamente na borda superolateral direita do mesmo músculo. Afaste uma das mãos da outra (que está sendo usada como um ponto de fixação), ou afaste ambas as mãos uma da outra, estirando o peritônio e omento maior. Tente evitar qualquer participação do intestino delgado não empurrando muito posteriormente.

Para outra variação do teste, deixe seus dedos da mão esquerda na posição superior conforme descrito acima e coloque a mão direita na borda lateroinferior do reto abdominal, próximo à junção ileocecal ou até mais baixo. Estire essas duas áreas para avaliar a distensibilidade do peritônio. Alternativamente, pode-se exercer pressão em um ponto abaixo do xifóide e em outro logo atrás da sínfise púbica e estirar o peritônio entre esses pontos. Existem muitas outras variações possíveis desse teste que devo deixar para sua imaginação.



ILUSTRAÇÃO 2-2

Teste de Distensibilidade do Peritônio-Omento (Sentado)

Duas considerações importantes são evitar qualquer envolvimento de vísceras adjacentes, e cobrir a superfície mais ampla possível para se obter um efeito real de estiramento, como se esticasse uma toalha de mesa. Compare a elasticidade do plano esquerdo com a do direito, lembrando-se que o omento cobre mais a parte esquerda do abdome.

Esteja atento ao que o paciente sente. O peritônio parietal recebe fibras sensoriais do nervo frênico, nervo vago, plexo lombar; o estiramento não deve ser doloroso. A dor é frequentemente indício de uma restrição. Algumas vezes o paciente percebe sensações mais profundas o que indica zonas de aderências em outras dobras peritoneais (exemplo: mesocolo, mesentério, omento menor). Tais dobras são testadas da mesma maneira que as vísceras que elas dividem e apoiam.

TESTE DE MOTILIDADE

Testes de motilidade peritoneal podem ser executados com o paciente na posição supina e com as pernas flexionadas, ou emsentado. Em supino (*Ilustração 2-3*), coloque suas mãos espalmadas, dedos separados, em qualquer dos lados da linha média. Somente o peso das mãos deve ser sentido; deixe-as auscultar. Quando o peritônio está livre de qualquer aderência ou restrição, suas mãos sofrerão pequena supinação, como se os polegares se elevassem e o calcanhar da mão fosse empurrado na direção do abdome. No caso de aderência ou restrição, a palma move-se na direção da área afetada.

O diagnóstico de lesões localizadas mais profundamente envolve uso de maior pressão das mãos. Se achar que encontrou uma restrição peritoneal, aumente a pressão com as mãos. Se o teste de motilidade resultar normal, está confirmada uma restrição relativamente superficial. Na prática, as lesões peritoneais quase sempre afetam o intestino delgado, mas isso não é necessariamente verdade para aquelas do omento maior.

Numa variação desse teste, o paciente se encontra na posição sentada, com as pernas dependuradas. Fique de pé atrás do paciente e posicione seus polegares posteriormente no

triângulo de Grynfeltt e os dedos na parte lateral do abdome, evitando as costelas. Uma vantagem dessa técnica é que se tem uma parte importante do abdome sob os dedos; no entanto, uma desvantagem é que ela é relativamente imprecisa, uma vez que nessa posição o paciente está um tanto desequilibrado e move-se com muita facilidade. Portanto, essa versão do teste de motilidade prescinde de especificidade. Quando há uma restrição, você normalmente sentirá o cilindro do abdome girando em torno dela. Corrobore esse teste com a posição supina.

Tratamento

Uma técnica de tratamento direto com o paciente na posição supina, consiste na liberação dos planos fixos implicados nos testes de diagnóstico, usando estiramento com uma ou ambas as mãos. Por exemplo, no caso de uma restrição no omento em torno da junção ileocecal, pode-se fixar a área sob a borda lateral do reto abdominal faceando o ceco, e usar um ponto simetricamente oposto para estirar. Pode-se também fixar a região ileocecal e estirar a região inguinal direita, seguindo a região encontrada acima da sínfise púbica. Pode-se até mesmo criar contra-pressão ao nível do triângulo de

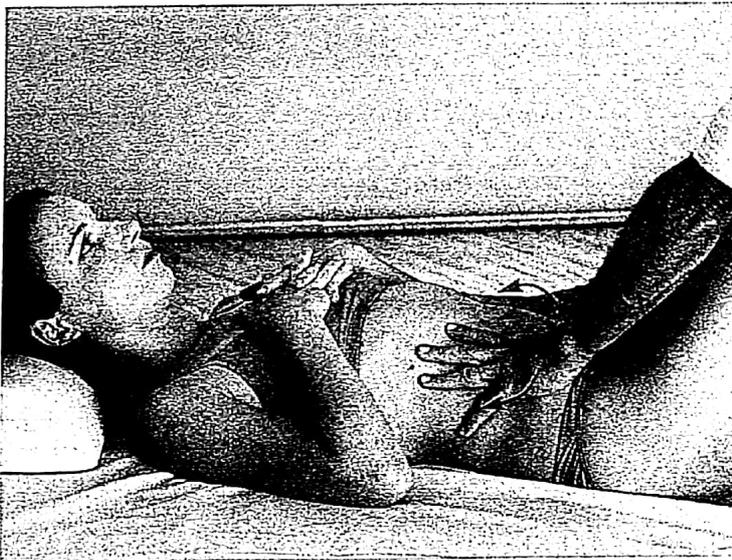


ILUSTRAÇÃO 2-3

Teste de Motilidade do

Peritônio-Omento (Supino)

CAPÍTULO 2 / O PERITÔNIO

Grynfeltt, no ligamento peritoneal subcostal, em frente ao ligamento frênico-cólico esquerdo ou direito, ou em qualquer área adequada. O tratamento consiste em uma repetição suave e rítmica do estiramento até a liberação dos tecidos. Além dessas manipulações diretas, pode-se executar manipulações indiretas combinando rotações do tronco ou dos membros inferiores.

Como regra geral, tente primeiro estirar os planos superficiais do abdome. Muito frequentemente, vejo alunos direcionando seus dedos muito profundamente, liberando as restrições peritoneais profundas orientadas no sentido sagital, mas negligenciam as restrições superficiais. A liberação de uma restrição profunda pode não ter influência nenhuma na restrição superficial.

Uma variação dessa técnica é executada com o paciente na posição sentada, ambas as mãos juntas atrás da cabeça. Vamos assumir novamente que a restrição esteja localizada perto da junção fleocecal. Puxam-se ambos os cotovelos para trazer o paciente a uma posição curvada para trás, flexão lateral esquerda, e rotação direita. Com a mão livre, fixe a região fleocecal para aumentar o estiramento.

Como notado acima, as porções anterior e posterior do omento maior estão ligadas

ao estômago e ao colo transverso respectivamente. Para mobilizar o omento, pode-se mobilizar essas duas vísceras. Tomando-se um ponto de pressão levemente medial à cada flexura cólica (isto é, hepática e esplênica), levante as partes mediais das flexuras superolateralmente. Se não for aplicada pressão excessiva, evita-se afetar o colo. Ao final do movimento, curvar o paciente para trás. O colo transverso parece pouco afetado por essa técnica em função de sua grande mobilidade natural.

Numa terceira versão da técnica direta, o paciente descansa sobre os joelhos e cotovelos. Estando ao lado e ligeiramente atrás dele (destros geralmente trabalham melhor se ficam à esquerda do paciente para esta posição), coloque o calcanhar de cada palma lateralmente à borda lateral do reto abdominal, com os dedos entrelaçados (*Ilustração 2-4*). Esteja próximo ao paciente de modo que possa usar todo o seu corpo para movê-lo ao invés de somente as mãos. Junte as palmas (algumas vezes puxando-as posteriormente para aumentar a quantidade de tecido que consegue segurar), então mova-as anteriormente (isto é, em direção ao topo da mesa) enquanto mantém o foco nas restrições. Essa técnica estira a pele, peritônio e intestino delgado. Por causa da grande amplitude do estira-

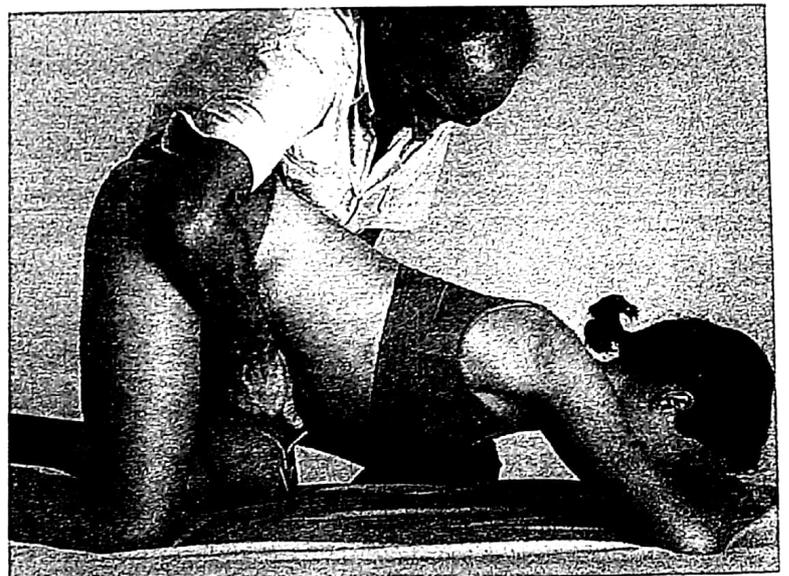


ILUSTRAÇÃO 2-4
Estiramento do Peritônio-Omento
(Posição de Quatro)

mento, este afeta as partes lateral e posterior, bem como a anterior do peritônio, e aumenta a eficácia da técnica. Pode-se focar seletivamente na parte anterior, posterior ou lateral, dependendo da localização e direção da restrição. É muitas vezes útil executar um rebote no início e fim desse tratamento.

Embora a manipulação dos dois rins afeta o peritônio parietal posterior, é difícil obter uma mobilização simultânea. Para a liberação de restrições peritoneais posteriores, uso o estiramento do músculo psoas, diafragma, costelas inferiores, ou vértebras lombares superiores ou torácicas inferiores. Essas últimas se encontram muitas vezes restritas e seu estiramento nem sempre é suficiente. A aplicação direta de uma manipulação (*thrust*) nessas estruturas pode ser necessária à liberação das restrições peritoneais posteriores.

INDUÇÃO DO PERITÔNIO-OMENTO

O princípio dessa técnica é sempre o mesmo. Primeiro, execute algum estiramento direto na área para estimular os mecanorrecepto-

res. Então, siga a direção do teste de ausculta enquanto exagera o movimento.

Essa técnica é muito útil para gestantes. Ela libera as tensões dos tecidos, que estão constantemente comprimidos. Use a posição de quatro para melhores resultados, o que também ajuda ao bebê a ficar mais à vontade num ambiente maior: uma degustação da liberdade fora do útero.

Conclusão

Insisto que sempre esteja alerta ao importante papel mecânico do peritônio. Uma restrição peritoneal irá perturbar a coesão e funcionalidade dos órgãos abdominais. Mesmo uma manipulação hábil do ceco sem a liberação do peritônio não trás resultados significantes! Termine seu tratamento com técnicas de indução. Lembre-se da regra geral de indução, isto é, no começo siga ou vá em direção à restrição; à medida que libera a mesma, progressivamente se afaste dela; no final, a liberação é completa e o movimento cessa.



CAPÍTULO 3

A Junção Gastroesofágica

■ CONTEÚDO DO CAPÍTULO

Fisiologia e Anatomia	43
Patologia	44
Hérnia de Hiato	45
Sinais Clínicos	46
Refluxo Esofágico	46
Sintomas	47
Etiologia	48
Outras Disfunções	49
Diagnóstico	50
Manipulação Diagnóstica	51
Agravamento/Alívio	51
Restrições Esqueléticas Associadas	52
Outras Considerações Diagnósticas	53
Tratamento	54
Técnica Direta	54
Rebote	54
Indução Geral do Fígado	55
Indução do Cárdia	55
Recomendações	55
Conselhos ao Paciente	56

3 / A Junção Gastroesofágica

Fisiologia e Anatomia

A **JUNÇÃO GASTROESOFÁGICA** e a bexiga são as áreas mais sujeitas a estresses mecânicos, porque estão localizadas em zonas de mudanças de pressão conflitantes. A junção gastroesofágica está localizada onde o tórax encontra o abdome, e a bexiga onde o abdome encontra a pelve.

A pressão intra-torácica é negativa (por volta de $-5\text{cm H}_2\text{O}$) para permitir a expansão dos pulmões. A pressão intra-abdominal é positiva (por volta de $+5$ a $+10\text{cm H}_2\text{O}$). Essas duas zonas de pressões opostas estão separadas pelo diafragma, que contém várias aberturas. A abertura esofágica é cercada por tecido conectivo fibroso e muscular, e pode variar em diâmetro dependendo da atividade respiratória ou digestiva. Esta abertura deve permitir a passagem de líquidos e sólidos para o estômago mas evitar o retorno de qualquer substância para o esôfago; é particularmente importante na prevenção de refluxo das secreções gástricas (refluxo esofágico).

A junção gastroesofágica funciona como um esfíncter (frequentemente me refiro a ela como "esfíncter esofágico inferior"), embora tecnicamente não seja. É uma região de alta

pressão (entre $+5$ e $10\text{cm H}_2\text{O}$) comparada à do estômago. Ela relaxa ao engolir, antes que venha a onda peristáltica esofágica, e se mantém fechada durante a noite. Inúmeros fatores (a serem discutidos) podem interferir em sua funcionalidade ideal.

O diafragma está em permanente movimento e sua abertura esofágica deve funcionar enquanto acompanha esse movimento. Isso aumenta as forças resultantes das pressões opostas. Com alterações mínimas do tônus, elasticidade, ou extensibilidade do sistema fibro-muscular da região, os tecidos esofágicos ficam estirados e se desgastam pela "batida" diafragmática. Em períodos agudos, estarão inflamados e irritados; quando curados, estarão fibrosos e esclerosados. Como resultado, as funções oclusivas e de absorção de impacto da junção gastroesofágica ficam debilitadas e funcionam mal, ou se desenvolve uma doença (descrita abaixo). Para visualizar claramente a mobilidade dessa junção, é necessário entender que na inalação esta é intra-abdominal e na exalação, intra-torácica.

A junção gastroesofágica é uma entidade anatômica e fisiológica. Para funcionar adequadamente, requer bom tônus e elasticidade das fibras musculares do esôfago e cárdia (parte superior do estômago), e que

este não esteja nem muito dilatado, nem muito contraído. A junção não deve sofrer restrições anormais de seu ambiente anatómico, que inclui o coração, mediastino, pleura, pulmões, diafragma, fígado (lobo de Spiegel), fundo gástrico, peritônio, coluna vertebral e costelas. A abertura e fechamento da junção está associada à rotação no sentido horário e inverso (respectivamente) do esôfago, vista de cima.

Durante dissecação tive a oportunidade de ver vários tipos de conexões entre a área do mediastino e a junção gastro-esofágica. A maioria das autópsias eram de pacientes que sofreram de tuberculose ou outras doenças pulmonares sérias. A junção compartilha fibras com a pleura e o mediastino, e em presença de tecido cicatricial, a harmonia anatômica da área fica perturbada. Próximo à junção, encontra-se o ligamento triangular esquerdo do fígado, que pode se tornar fibrosado após hepatite ou trauma. No *Manipulação Visceral I*, descrevemos as incessantes "batidas" do diafragma e, em menor grau, do coração. As restrições nessas áreas levam a problemas de elasticidade e distensibilidade e, como resultado, lesões estruturais.

Ao passar pela abertura diafragmática, o esôfago abdominal é acompanhado pelos nervos vago (anterior esquerdo e posterior direito). Uma perturbação mecânica pode causar puxar nesses nervos e como consequência, sérios problemas vagais que discutiremos mais tarde. Os cirurgiões tomam bastante cuidado ao lidarem com essa área devido à riqueza de inervação local. O plexo celíaco está muito próximo (posterior e à direita) ao cárdia.

Os tecidos conectivos da região hiatal são peculiares por conterem várias fibras contráteis. Pode ser que, algum tempo atrás, quando os homens ainda eram quadrúpedes, a junção gastroesofágica fosse apoiada por um

músculo real e que as fibras contráteis constituem os vestígios desses músculos.

Patologia

As forças de pressão negativa intra-torácica atraem a região diafragmática e os órgãos suspensos ali. Quando a harmonia da junção gastroesofágica é quebrada, é sempre o estômago que migra em direção ao esôfago, e não o contrário. Com certas rupturas e hérnias da parte fibrosa anterior do diafragma, a flexura esplênica do colo pode adentrar o tórax (cheguei a ver isso). Pierre Mercier, meu colega, me trouxe um caso de migração de parte do pâncreas para dentro do tórax, outro exemplo da intensidade das forças nessa região.

Para o funcionamento normal da junção gastroesofágica, os elementos gerais a seguir, devem estar presentes:

- diafragma com tônus e elasticidade
- boa tensão longitudinal do esôfago
- tecidos flexíveis e elásticos, que afetam indiretamente a junção (por exemplo, a musculatura psoas através do diafragma)
- equilíbrio entre as pressões torácica e abdominal
- boa condição geral do corpo.

Existem outros requisitos mais específicos. O ângulo do recesso cardíaco deve ser agudo. Esse ângulo é reforçado por uma dobra da mucosa. A bolsa de ar estomacal contribui para a formação do recesso cardíaco, o fundo gástrico sendo encontrado mais acima que o cárdia. A porção do diafragma que forma o anel fibroso em torno da abertura esofágica deve ter bom tônus e elasticidade. O revestimento da aponeurose subdiafragmática, que ancora a base do

esôfago, deve estar intacta. A existência de qualquer pressão que comprima a porção do diafragma abaixo da junção, é necessária para que se mantenha o limite anatômico entre o esôfago e o estômago. Esse fenômeno (pressão reforçando uma função semelhante a esfíncter) é remanescente do involúcro manométrico pélvico da bexiga.

Quando essas condições não se cumprem, uma hérnia de hiato ou refluxo esofágico podem ocorrer.

HÉRNIA DE HIATO

Geralmente, todo o estômago está abaixo do diafragma (Ilustração 3-1). Numa hérnia de hiato, uma parte do estômago passa para o tórax através da abertura esofágica do diafragma. Estas hérnias podem ser divididas em dois tipos: deslizantes e desdobradas.

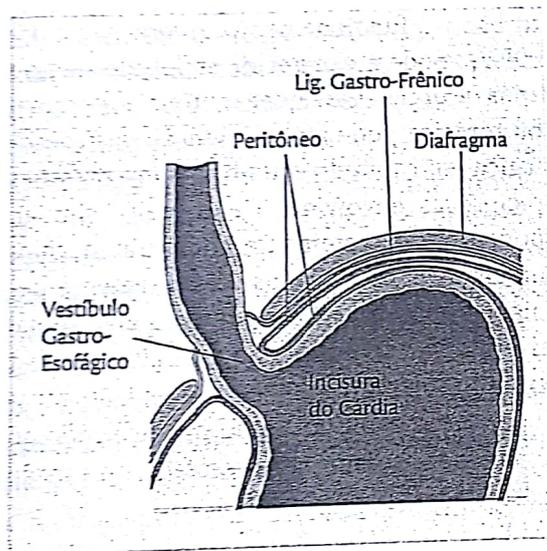


ILUSTRAÇÃO 3-1

Hiato Diafragmático (Relações normais)

O tipo deslizante (ou esofágico) (Ilustração 3-2a), é o mais comum. Nesse tipo, o estômago e a junção gastroesofágica migram juntos para o tórax, algumas vezes a ponto de serem encontrados acima da abertura diafragmática.

Na radiografia, o esôfago parece encurtado, a junção gastroesofágica se encontra no tórax, onde as pressões abdominais não podem reforçá-la. No tipo de hérnia desdobrada (ou para-esofágica) (Ilustração 3-2b), o cárdia do estômago passa através da abertura diafragmática próximo à junção gastroesofágica. Esse tipo de hérnia é mais comum em mulheres. Podem também haver hérnias mistas.

Tenho tratado inúmeros pacientes que apresentam sintomas de hérnia de hiato sem confirmação radiológica. Tal situação pode resultar de um espasmo da junção gastroesofágica ou tensão anormal dos tecidos vizinhos, isto é, elasticidade e distensibilidade anormais dos tecidos conectivos fibrosos, ou tônus alterado dos tecidos musculares. Considere o exemplo de um espasmo no hemidiafragma esquerdo devido a um bolsão de ar excessivo no estômago, ou uma restrição da 6ª articulação costo-vertebral esquerda. Ambas apresentam problemas mecânicos funcionais similares aos de uma hérnia de hiato; o diagnóstico somente pode ocorrer por meios osteopáticos.

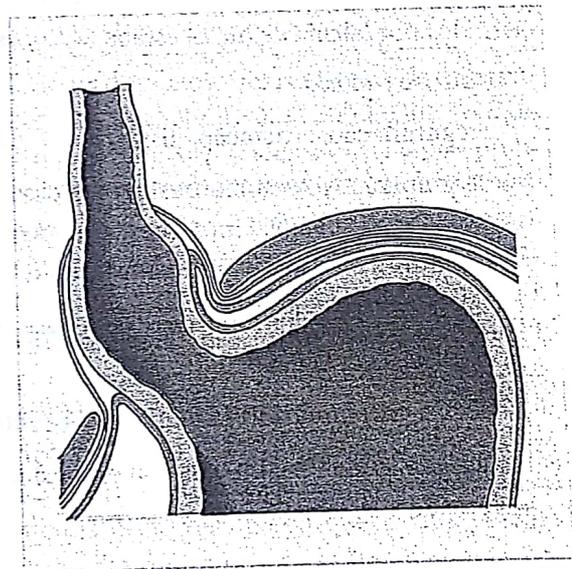


ILUSTRAÇÃO 3-2A

Hérnia de Hiato Deslizante (Esofágica)

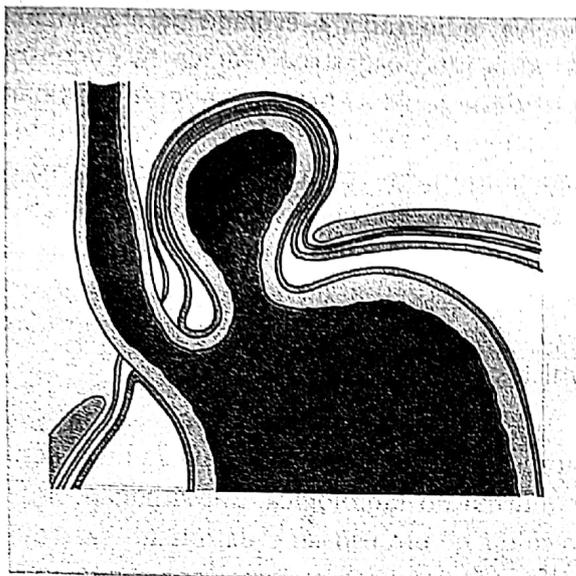


ILUSTRAÇÃO 3-2B

Hérnia de Hiato Desdobrada (Para-esofágica)

Sinais Clínicos

Uma manifestação freqüente de hérnia de hiato, especialmente do tipo deslizante, é o refluxo esofágico (veja abaixo). Infelizmente, não se pode distinguir entre hérnia de hiato e refluxo esofágico simples através de ausculta. Entre os sintomas de refluxo esofágico causados por hérnia de hiato, estão:

- pirose ("azia")
- regurgitação, eructação, disfagia
- dor epigástrica ou retroesternal agravada por certos movimentos, por exemplo, inclinar-se para a frente
- dor estomacal, vômito aquoso e pegajoso, hálito ácido
- dor na parte inferior do peito
- dor que aumenta com tosse ou exalação forçada
- dor ao comer
- dores de cabeça que aliviam após vômito.

REFLUXO ESOFÁGICO

Devo pontuar que um pequeno refluxo esofágico psicológico pode existir normalmente quando a junção gastroesofágica relaxa durante o sono ou após comer. Esse tipo é rapidamente superado pelo peristaltismo esofágico (que tem ação contrária ao refluxo) e a saliva (que neutraliza a acidez residual).

Outros tipos de refluxo são mais preocupantes. A junção gastroesofágica necessita bom controle neuro-hormonal e um bom ambiente anatômico. Existem vários mecanismos de refluxo possíveis. Períodos de relaxamento caótico do tecido muscular em torno da junção gastroesofágica interferem na função semelhante à esfíncter. A pressão no estômago pode causar um efeito muito grande em um esfíncter hipotônico. Qualquer anormalidade nas pressões mecânicas em torno do esfíncter podem também perturbar seu funcionamento. Alterações musculares podem ocorrer na esclerodermia ou após cirurgia. Qualquer cirurgia abdominal ou torácica pode afetar a junção gastroesofágica por causa do equilíbrio entre pressões recíprocas envolvido. De maneira similar, pode-se frequentemente encontrar hérnias inguinais após cirurgias aparentemente benignas porque as fibras do reto abdominal tiveram sua interação normal alterada. No entanto, quando menciono alteração muscular nesse capítulo, estou me referindo ao resultado de cirurgia no esôfago ou junção gastro-esofágica.

Mecanismos de refluxo envolvendo "disposições anatômicas ruins" incluem uma hérnia de hiato deslizante onde a junção gastroesofágica se encontra no tórax e a pressão abdominal não mais a reforça. Uma hérnia de hiato deslizante é um exemplo óbvio, mas a menor anomalia dos tecidos que cercam a junção gastroesofágica podem perturbá-la.

Alterações neuro-hormonais têm um efeito no tônus básico gastroesofágico.

Estados comuns são os de depressão e gravidez. Outras circunstâncias que alteram este tônus são certas drogas (exemplo: contraceptivos orais, anti-depressivos, tranquilizantes, sedativos), certos alimentos (exemplo: chocolate, frutas cítricas, café, cigarro, vinho, sulfitos) e restrições do tecido de suporte que afeta a transmissão dos impulsos nervosos para a região e para fora dela. Refluxo esofágico associado à gravidez é bem conhecido, e frequentemente atribuído ao aumento da pressão abdominal. No entanto, uma explicação mais provável pode ser a inibição hormonal da função de esfíncter, analogamente à incontinência associada ao estresse da gravidez.

Folga esofágica inadequada é outro mecanismo possível. Em todos os distúrbios envolvendo alteração do muco esofágico (esofagite, esclerose esofágica, escleroderma, tecido peri-esofágico fibroso, megaesôfago idiopático, etc.), a folga é anormal. A junção gastroesofágica, bem como o próprio esôfago, podem ser afetados dessa maneira.

Com o refluxo esofágico, a pressão da junção gastroesofágica é geralmente normal. Isso demonstra que a causa do problema deve estar em algum outro lugar. Problemas em órgãos vizinhos também podem causar refluxo. Quando o estômago está prolapso ou fixado por aderências, como, por exemplo, por resultado de uma úlcera, suas conexões estão sob tensão. O estiramento, particularmente ao nível do ligamento gastrofrênico e fundo superior, cria tensões anormais nas fibras colinérgicas gástricas e nervo vago. A junção gastroesofágica é assim restringida mecanicamente e a secreção do ácido gástrico aumenta, duas condições que favorecem o refluxo esofágico. Outros órgãos podem puxar o nervo vago, como por exemplo, a extremidade esquerda do fígado, ou o sistema de membranas do coração e pulmões. Restrições em L1-L2 são frequentemente encontradas juntamente com tensões anormais anatômicas da junção gastro-esofágica.

Sintomas

Pirose (azia) é o sintoma digestivo principal do refluxo esofágico. Regurgitação da comida ou acidez estomacal é geralmente associada à sensação de queimação iniciando abaixo do processo xifóide e se prolongando acima, por trás do esterno. Os sintomas se intensificam ao curvar-se para frente ou com uso de cintos apertados ou roupas que comprimam o abdome. A pirose é comum na gravidez, causada pela compressão abdominal e hipotônus do esfíncter induzido pelos hormônios (veja acima), e geralmente se intensifica após refeições. Os pacientes podem incorretamente chamar essa sensação de queimação por refluxo de "gastrite". O refluxo pode também causar indigestão e aumento na produção de saliva, talvez pela excitação vagal e tentativa psicológica de neutralizar a irritação esofágica. Os pacientes que sofrem de pirose não gostam de alimentos azedos (especialmente ao fim das refeições) e são atraídos por doces. O hálito é geralmente ácido. Refluxo esofágico geralmente causa um espasmo da junção gastroesofágica e do diafragma.

Existe uma variedade de outros sintomas sem relação óbvia com o sistema digestivo. Estes incluem: irritação e secura matinais da faringe; dor de ouvido resultante de inflamação no canal auditivo; sensibilidade do lado esquerdo da face, tosse noturna e pós-prandial; e ataques tipo asmáticos, bronquíticos, ocorrendo durante períodos de máxima atividade vagal noturna (entre 2 e 4 da manhã). O último sintoma resulta não apenas por irritação ácida dos brônquios, mas também por bronco-constricção de origem vagal. Esses ataques tipo asmáticos também podem ocorrer após uma refeição exagerada ou ingestão muito rápida. Isso talvez explique alguns bons resultados que certas pessoas atribuem muito prontamente ao tratamento da asma verdadeira devido à sensibilidade ou outros problemas dos bronquíolos. Esses pacientes deveriam ser instruídos a dormir

com a cabeças e parte superior das costas elevadas.

Outros sintomas incluem pseudo-angina (essas dores na parte baixa do peito são de origem vagal ou possivelmente sintomas de irritação esofágica) e dificuldade cardio-respiratória em recém-nascidos. O último foi descrito em 1986 pelo Professor Charpoy de Marseille (Simpósio no Collège des Ormeaux at Le Havre). Refluxo esofágico em lactantes é mais comumente relacionado à maturação neurológica que ao desenvolvimento somático. Isso é, a maturação neurológica da junção gastro-esofágica se completa muito tardiamente no desenvolvimento intra-uterino. No período pós-parto, o esfíncter pode levar seis à oito semanas para se tornar inteiramente funcional. Até a idade de quinze meses, o refluxo se manifesta primariamente como problema digestivo, a partir daí, aparecem problemas respiratórios. Outros sintomas incluem dor de garganta, irritação na faringe, asma, que ocorrem pela manhã e melhoram com o passar do dia. Dores de garganta oriundas de infecções e outros tipos de asma não melhoram com o passar do dia.

Regurgitação é a rejeição do conteúdo gástrico e esofágico, através da boca, sem um esforço particular ou desconforto. Não é o mesmo que refluxo esofágico nem é necessariamente indício dessa condição. É algumas vezes visto como vômito matinal em alcoólicos. Todo mundo, em algum momento, pode ter experimentado a regurgitação, geralmente após o café da manhã. É um fenômeno comum que, tipicamente, se deve à dificuldade do estômago de se adaptar a uma grande quantidade de líquidos.

Refluxo esofágico crônico pode resultar em esofagite péptica, onde o revestimento do esôfago é lentamente destruído. Nessa condição, o revestimento normal do esôfago é substituído por cicatrizes esclerosadas a ponto de resultar em estenose.

Qualquer cirurgia pode afetar o hiato esofágico. O peritônio e todos os tecidos

torácicos e abdominais necessitam de harmonia entre as forças mecânicas a que são expostos. Cada vez que esta harmonia é perturbada próximo ou mesmo afastado do hiato, o equilíbrio das forças recíprocas é perturbado e resulta em tensões mecânicas anormais. Tais tensões sempre irão afetar as regiões naturalmente mais frágeis do corpo, isto é, o canal inguinal e seus orifícios ou o hiato esofágico.

Disfagia (dificuldade em engolir) após ingestão de sólidos, e especialmente líquidos, pode ser um sinal de alerta para câncer. Existe um risco de se desenvolver câncer em lesões esofágicas crônicas. Se houver alguma possibilidade disso, não hesite em obter uma radiografia ou endoscopia.

Etiologia

Hérnia hiatal e refluxo esofágico nem sempre ocorrem juntos. No entanto, compartilham fatores de predisposição similares. Uma causa importante é o afrouxamento dos tecidos conectivos e perda do tônus básico com a idade. A idade em si provavelmente não é o fator de causa; essas condições são tipicamente vistas em pacientes em torno dos 35 e também em torno dos 50 anos de idade, e a mim parece correlacionar-se aos ciclos hormonais. Com o desenvolvimento de uma cifose torácica, há uma mudança na relação entre a junção gastroesofágica e o diafragma, reduzindo a eficiência da função de esfíncter.

Depressão e outros distúrbios gerais que afetam o tônus geral do paciente podem ser um fator no hipotônus da junção gastro-esofágica. Esforços incomuns (tossir, espirrar, defecar, expectorar) que provocam aumento significativo na pressão abdominal (50 a 100cm H₂O) podem irritar e lesionar a junção e suas conexões. Durante a gravidez o aumento da compressão abdominal e alterações hormonais causam refluxo esofágico.

A menopausa e o climatério masculino

são períodos de desequilíbrio hormonal nos quais podem ocorrer problemas. Existem ainda outros ciclos, como as mudanças que ocorrem nas estações, ou mudanças nos níveis de testosterona, que ocorrem no final dos 30 anos. Clinicamente, esses ciclos parecem estar associados ao aparecimento do refluxo, mas os mecanismos não estão claros.

Cirurgias resultam em desequilíbrio de tensões em todos os tecidos associados à cicatriz. Algumas profissões (além do exemplo clássico do operador do perfurador pneumático) podem contribuir para a desestabilização da junção gastroesofágica, exemplo: atividades como pintor que requer que se levante os braços no ar. Trabalhos sedentários, particularmente as vibrações relacionadas a viagens frequentes, contribuem para o afrouxamento das conexões da junção gastroesofágica. Finalmente, uma certa categoria de pacientes parece ter uma predisposição a esse tipo de patologia, sem uma razão óbvia. Será que sofrem de um mal posicionamento hereditário ou congênito da junção gastroesofágica?

Os osteopatas sabem que restrições assintomáticas podem criar lesões à distância. Assim, restrições da crura diafragmática podem afetar a junção gastro-esofágica. De fato, em minha experiência, quando existem restrições lombares superiores em pacientes com problemas da junção gastroesofágica, os resultados terapêuticos serão melhores (quando a mobilização dessas restrições for incluída no tratamento) que em tais pacientes sem as restrições lombares.

Traumatismo craniano também tem repercussões na junção gastroesofágica, pelo estímulo anormal do nervo vago quando sai pelo forame jugular. Não tenho comprovação científica da etiologia, mas os fatos clínicos falam por si. Ainda, os sucessos que venho tendo utilizando manipulação craniana com recém-nascidos devem ser interpretados com cautela; algumas vezes o problema é imaturidade neurológica da junção gastro-

esofágica que se resolve sozinha com o tempo. Será que a manipulação meramente acompanha uma evolução favorável, ou será que a acelera?

Deixar uma hérnia evoluir sozinha pode algumas vezes trazer sérios riscos. Intervenção cirúrgica pode ser necessária em casos de obstrução, perfuração, estrangulamento e hemorragia. No entanto, a cirurgia deve ser evitada sempre que possível e técnicas mais gentis usadas em seu lugar.

OUTROS DISTÚRBIOS

No começo dessa seção, quis enfatizar o cuidado e a reserva que o profissional sempre deve ter em presença de uma patologia aparentemente rotineira. Como o leitor observou, distúrbios do mais trivial ao que ameaça a vida compartilham sintomas semelhantes.

Cardioespasmo se refere à função motora desordenada do esôfago distal e incapacidade do cárdia gástrico de relaxar. Isso pode levar ao refluxo esofágico em função da tensão anormal do cárdia, bem como do esôfago. O peristaltismo fica perturbado e a junção se encurta. Na seqüência, as contrações peristálticas normais são substituídas por contrações estacionárias desordenadas e a junção não mais se encurta, refletindo uma mudança na inervação colinérgica do esôfago. Notou-se a rarefação dos plexos de Meissner e Auerbach. A estase e dilatação do esôfago resulta em aumento anormal.

Na *laceração cardioesofágica (síndrome de Mallory-Weiss)*, a mucosa da junção gastroesofágica se rompe longitudinalmente, uma laceração acompanhada de enorme hemorragia. Tal síndrome pode ocorrer após qualquer processo que afete negativamente a junção gastroesofágica, como por exemplo, vômito, tosse, parto, dificuldade na defecação, trauma torácico, alcoolismo, hérnia de hiato e cirurgia na área do esôfago.

Perfurações esofágicas, que ocorrem após tosse intensa ou vômito, impacto, ou infecção, são caracterizadas por dor intensa, ar no mediastino acompanhado por enfisema subcutâneo, e complicações respiratórias como hemo-pneumotórax. A pleura mediastinal é atacada ou mesmo digerida pelo suco gástrico. Os resultados dessas perfurações indicam a importância das pressões nessa região.

Abcessos subfrênicos são caracterizados por dor retro-escapular, dor abdominal, episódios incontrolláveis de tosse, congestão brônquica e febre.

A síndrome de Cruveilhier-Baumgarten é caracterizada por um sistema venoso para-umbilical muito dilatado (como a cabeça de uma medusa), hipertensão portal, atrofia hepática, esplenomegalia, e veias varicosas do esôfago e cárdia. Tais fenômenos surgem quando a estase da veia porta faz com que parte do sangue venoso use a anastomose cavaportal, resultando em veias varicosas esofágicas e hemorróidas. Essa síndrome ocorre com idade avançada, gravidez, depressão, perda de peso, problemas hepáticos, fadiga geral, comer em excesso, alcoolismo, e posições de trabalho desfavoráveis.

O *câncer esofágico* é o quinto tipo mais comum de câncer em homens adultos, que têm mais predisposição que as mulheres. Os sintomas incluem: disfagia progressiva, que começa com alimentos sólidos e gradualmente progride para semi-sólidos e finalmente líquidos; anorexia; perda significativa de peso em curto período de tempo; dores no retro-esterno, torácicas e cervicais; sensação de queimação no retro-esterno após ingestão de bebidas quentes; regurgitação com sangue; metástases nos linfonodos, particularmente na fossa supra-clavicular (conhecido como nó de sinal ou nó de Virchow); e enfisema subcutâneo no pescoço causado por mediastinite.

Esteja bastante alerta para os sintomas acima (exceto cardioespasmo). Existem contra-indicações absolutas para a manipulação direta dessa região pelo risco de uma hemorragia devastadora.

Concluindo, os distúrbios mais comuns da junção gastroesofágica têm origem estrutural. Os osteopatas, logicamente, se deliciarão com lesões estruturais pois somos mais efetivos em seu tratamento. Deve-se procurar minuciosamente por lesões na junção propriamente dita, bem como nas estruturas vizinhas. Suas ações e grau de sucesso dependerão do quão os tecidos estiverem fibrosados. Quanto mais fibrosados, mais estruturas terá para trabalhar e portanto manipulações bem sucedidas levarão a alterações mais significantes.

Diagnóstico

Em termos da Ausculta Geral, é difícil diferenciar problemas da junção gastro-esofágica daqueles do estômago. Nas duas situações, o paciente flexiona diretamente para a frente e então suavemente rotaciona à esquerda. Para problemas da junção gastro-esofágica, a flexão anterior é mais pronunciada que para os do estômago.

Para diagnóstico diferencial local da junção gastroesofágica, coloque uma mão no abdome do paciente com o dedo médio ao longo da linha média, calcanhar da mão no umbigo e dedos ligeiramente separados. O dedo médio é puxado na direção do processo xifóide e gradualmente a palma também se move para cima. A palma então é puxada para trás, na direção da coluna vertebral (T11) e muito ligeiramente à esquerda (o cárdia se encontra ligeiramente à esquerda da linha média). Ao final do processo, a palma se achata contra o processo xifóide e o comprime.

Para diagnóstico do plexo celíaco, a palma se mantém ligeiramente abaixo e à direita do processo xifóide e se move de lado a lado antero-posteriorment ou de lado a lado.

Problemas no plexo celíaco são marcados por problemas emocionais superficiais ou disfunção vagal. Para o fígado, o dedo médio é puxado à direita e a palma entra em contato com a margem costal direita inferior. Para o estômago, o dedo médio se move para a esquerda da linha média, e a palma se encontra entre o umbigo e a margem costal esquerda inferior.

O diagnóstico diferencial fica difícil com lesões nas partes baixas da região pulmonar. A palma não fica posicionada contra o processo xifóide, mas tende a mover-se acima dele. Com lesão pulmonar lateral, o diagnóstico fica mais fácil; as mãos se movem inequivocadamente para dentro do tórax. Para o esôfago, a mão é atraída para e vai além do processo xifóide. Ao mesmo tempo, a mão não é tão puxada posteriormente como quando auscultando a junção gastroesofágica.

MANIPULAÇÃO DIAGNÓSTICA

Em presença de hérnia de hiato, a dor na região do cárdia aumenta com exalação. Com a exalação, a junção gastroesofágica já se encontra na posição intratorácica e a exalação forçada aumenta sua penetração torácica, causando sensação de dor. No entanto, a inalação forçada também causa dor por forçar os tecidos de suporte a estirarem. Durante a inalação, o paciente irá parar antes do final do movimento para evitar esse estiramento. Tossir e espirrar, bem como Manipulação Visceral que provoque o movimento do abdome durante períodos onde o diafragma está parado, também estimularão essa área, causando dor.

Agravamento/ Alívio

Para hérnia de hiato, uma técnica de agravamento pode ser executada com o paciente na posição sentada. Coloque-se atrás do paciente e posicione seus dedos abaixo

e à esquerda do xifóide, e então mova-os para dentro profundamente como se quisesse chegar à coluna vertebral (*Ilustração 3-3*). Quanto mais o paciente curvar-se para a frente, mais fácil será essa penetração em função do relaxamento do músculo reto-abdominal, peritônio, omento maior e estômago. Na penetração máxima, sem que a técnica se torne dolorosa, traga os dedos para cima e levemente à direita. O estômago assim é empurrado pósterio-superiormente (isso fora verificado por fluoroscopia). No caso de hérnia de hiato, ocorrerá imediatamente uma sensação de dor retroxifóide comparável à que o paciente já conhece. A dor é frequentemente acompanhada por náusea e um distinto mal-estar. Se necessitar de outra confirmação pois a dor do paciente é mais sutil, peça ao paciente para exalar profundamente ao fim da técnica. A dor poderá voltar quando se estira o estômago inferiormente, especialmente se houver aderência.

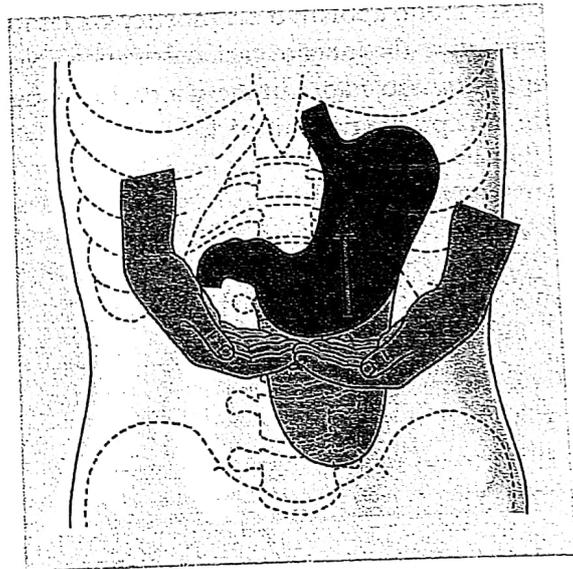


ILUSTRAÇÃO 3-3

Técnica de Agravamento

Ao final da técnica de agravamento, libere rapidamente a pressão (técnica do rebote). Se o paciente sentir uma irritação profunda,

significa que a junção gastroesofágica e tecidos vizinhos estão irritados, e, provavelmente, fibrosados. Se a dor é sentida durante a manipulação, significa que o próprio estômago está irritado. Alternativamente, pressione fortemente a 11ª articulação costovertebral esquerda ou o ângulo posterior da 11ª costela à esquerda. Quando há irritação do cárdia, o desconforto ou dor do paciente irão aumentar. Essa técnica pode ser aplicada isoladamente ou em conjunto com inalação.

A técnica de alívio (*Ilustração 3-4*), é aplicada na posição sentada com dedos na subcostal, como na técnica de agravamento. Mova os dedos abdominais antero - inferiormente de modo a relaxar a pressão da junção gastroesofágica no tórax. Se o paciente sentir alívio, há indícios de problema envolvendo a junção gastro-esofágica.

A redução ou acentuação dos sintomas desse modo apóiam o diagnóstico da lesão mecânica da junção gastroesofágica. No entanto, isso não elimina a possibilidade de uma patologia mais séria.

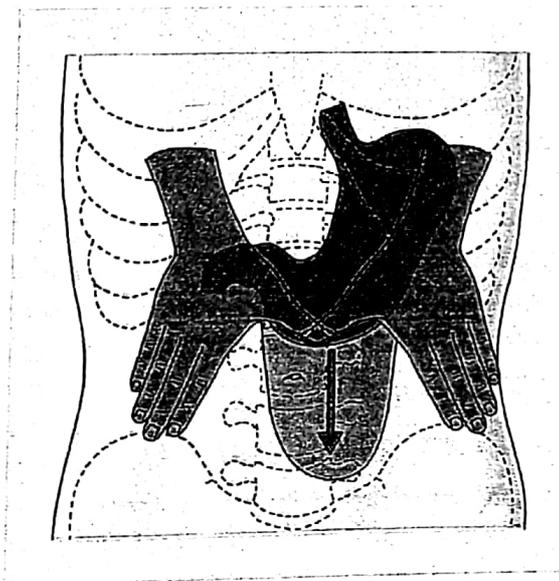


ILUSTRAÇÃO 3-4
Técnica de Alívio

RESTRIÇÕES ESQUELÉTICAS ASSOCIADAS

Restrições da coluna cervical frequentemente estão acompanhadas de problemas da junção gastroesofágica. As restrições são um pouco mais comuns à esquerda, acompanhadas por aquelas da junção esterno-clavicular, e podem refletir tensão anormal das fâscias que unem a coluna cervical e a junção gastroesofágica, ou, alternativamente, irritação dos nervos vago e frênico.

Restrições nas vértebras torácicas e costelas podem também estar envolvidas. A 11ª articulação costovertebral esquerda, e a 11ª costela à esquerda, correspondem às projeções posterior e anterior do cárdia, respectivamente. Sensibilidade ou dor na palpação da 7ª articulação costochondral sugere restrições do cárdia.

T12, L1, L2, e L3 podem se tornar fixas por irritação mecânica e correspondem à crura diafragmática. Tais restrições são mais sérias quando à esquerda e reduzem a mobilidade do hemi-diafragma esquerdo, como podemos ver observando a respiração do paciente. Tais restrições reflexas das vértebras torácicas produzem sensibilidade mas não perda total da mobilidade. Nesses casos, curvar-se para trás causa dor retroxifóide pelo estiramento da junção gastro-esofágica. O paciente reage frequentemente prendendo a respiração. Curvar-se para frente cessa imediatamente esse tipo de dor.

A junção gastroesofágica pode também afetar certas partes do corpo que sabidamente se tornam restritas por uma variedade de motivos. Por exemplo, a articulação sacro-ílica esquerda pode tornar-se restrita por consequência de problemas em muitas outras áreas, e por esta razão é algumas vezes chamada de "lixreira" do corpo. Similarmente, os músculos psoas estão frequentemente envolvidos em vários distúrbios, mas eles mesmos raramente são a causa. O psoas esquerdo frequentemente fica espástico em

pacientes com problemas gastroesofágicos, em parte por ocasião do compartilhamento de fibras de suas conexões com o diafragma. Os nervos simpáticos que os atravessam, podem também se tornar irritados nessa situação.

OUTRAS CONSIDERAÇÕES DIAGNÓSTICAS

Pacientes com problemas na junção gastroesofágica têm uma tendência a se posicionarem curvados à frente com o ombro direito levemente avançado e o esquerdo levemente retraído e abaixado. A leve rotação à esquerda parece resultar do cárdia curvar-se obliquamente no fundo à esquerda.

Talvez pelo envolvimento dos nervos vago e frênico, o Teste de Adson-Wright resulta geralmente positivo à esquerda quando existem problemas na junção gastroesofágica. É instrutivo executar um Teste de Adson-Wright enquanto também executar um movimento de alívio. Pegue o pulso com uma das mãos e com a outra crie um ponto de compressão/inibição da projeção anterior do cárdia, na direção da 7ª cartilagem costovertebral. Para problema mecânico da junção gastroesofágica, essa técnica fará com que o pulso radial melhore rapidamente ou retorne. Para hérnia de hiato, as fâscias cervical/torácica estão frequentemente mais tensas à esquerda. Tais tensões podem também levar a um teste de Adson-Wright positivo. A pressão sistólica esquerda é algumas vezes inferior, mas isso é mais raro que casos de problemas no estômago propriamente dito.

Problemas da junção gastroesofágica podem produzir outros sintomas distantes. Dor no pescoço na cervical esquerda e neuralgia cervical/braquial podem ocorrer, devido à irritação dos plexos cervical/braquial provocada pelo nervo frênico e tensão excessiva das fâscias cervicais. Pode também haver dor isolada no braço, classificada como tendinite ou epicondilite. Isso pode

ser devido a uma irritação do nervo radial transmitida da coluna cervical ao nível de C6-C7. O 4º espaço costovertebral esquerdo estará geralmente sensível. Isso se manifesta em mulheres como dores de mama e em homens como dores na parte inferior do peito. Pelas mesmas razões que a dor no pescoço, periartrite glenoumeral poderá ser encontrada à esquerda. Pode-se executar um teste glenoumeral usando uma mão para testar o ombro esquerdo e a outra para inibir a projeção anterior do cárdia, ou pelo uso de um movimento de alívio.

As lesões cranianas mais comuns relacionadas a disfunções gastroesofágicas são encontradas ao nível da junção temporomandibular esquerda, sutura occipitomastóide esquerda, e, em recém nascidos, no forame jugular. Como mencionado acima, a maturação neurológica da junção gastroesofágica em lactantes acontece gradualmente, e o refluxo esofágico geralmente se cura espontaneamente.

Uma hérnia de hiato pode ser responsável por irritação do vago que pode causar uma sensação de desmaio ou até perda breve de consciência e sintomas associados de indigestão. Dor na parte baixa do peito tem também origem vagal. Pode-se tratar pacientes (geralmente homens) que têm uma sensação desagradável de "sentir o coração" e às vezes um tipo elétrico de sensação como se um punhal rasgasse-lhe o peito. Tais pacientes podem se convencer de sofrer de problemas cardíacos, e solicitarem vários exames cardiológicos, e todos resultarão negativo. Podem então ter seus sintomas rotulados de "psico-somáticos" e se sentirem abandonados. Todos sabemos como é preocupante a sensação de dor cardíaca. O estiramento do nervo vago pode irritar o coração, e a dor no peito é quase sempre acompanhada por uma restrição da 4ª costovertebral esquerda. Esse tipo de restrição é raro em problemas cardíacos reais, enquanto restrições da T4 propriamente ditas são relativamente comuns.

Tratamento

O objetivo do tratamento é reforçar e relaxar a junção gastroesofágica pela indução direcionada à região, e liberação de quaisquer restrições fibromusculares da junção e estruturas vizinhas.

TÉCNICA DIRETA

Coloque o paciente em posição sentada, mãos atrás da base do pescoço com dedos entrelaçados. No começo, essa é a mesma posição da técnica de alívio descrita acima.



ILUSTRAÇÃO 3-5

Técnica Direta Local

Posicione seus dedos 3 a 4cm sob o processo xifóide e levemente à esquerda da linha média. Delicada e progressivamente empurre os dedos para dentro posterior ao fígado até atingir o limite do desconforto. Gentilmente relaxe a pressão de modo a não criar um reflexo de proteção. Se não conseguir

atingir o fígado, chegue o mais próximo possível. Deixe a mão esquerda posicionada, usando-a como um ponto de ancoragem para o estômago. Com a mão direita, recline o paciente para trás usando os cotovelos. A distância do xifóide ao umbigo é assim aumentada e o estômago é puxado para baixo, abaixando o cárdia e puxando a junção gastro-esofágica para fora do tórax.

Repita essa técnica 5 a 6 vezes até a redução da dor. Em poucas sessões, os tecidos da junção gastroesofágica recuperarão sua distensibilidade natural. Uma vez que o cárdia se posiciona para baixo e à esquerda, o estiramento do tórax para cima e à direita aumentará a eficiência dessa técnica.

Uma variação dessa técnica é executada na mesma posição (*Ilustração 3-5*). Coloque as duas mãos na posição abdominal e aplique movimentos dos dedos para baixo e levemente anteriores. Mova os dedos de cima abaixo para atingir as áreas (geralmente três ou quatro) que sentir aperto. Em pacientes magros e flexíveis pode-se executar essa técnica com os dedos bem acima, sob a extremidade esquerda do fígado (que é anterior ao estômago), contra a junção gastroesofágica.

REBOTE

Uma técnica de rebote hepático é muito útil no tratamento de restrições gastroesofágicas. É também executada na posição sentada. Estabeleça um ponto de pressão sob o fígado, com as duas mãos próximas à conexão dos ligamentos triangulares esquerdo e direito. Empurre o fígado póstero-superiormente, libere-o rapidamente, e repita o movimento 3 a 4 vezes. Inicialmente, esse movimento será doloroso pois vai em direção à lesão, mas a dor cederá progressivamente. Essa técnica bastante efetiva libera as fibras conectivas em torno da junção gastroesofágica que afetam o fígado.

INDUÇÃO GERAL DO FÍGADO

Na minha opinião, essa é a técnica mais efetiva para liberação da junção gastro-esofágica. Como vimos acima, o fígado se localiza anterior à junção e os dois estão intimamente ligados um ao outro. O objetivo dessa técnica é levantar o fígado para liberar todas as fibras da junção gastroesofágica.

Coloque o paciente sentado à sua frente. Posicione os dedos de sua mão direita sob o fígado, contra o ligamento triangular direito, e os dedos de sua mão esquerda contra o ligamento triangular esquerdo. Suspenda diretamente o fígado para estimular os receptores mecânicos de seus ligamentos. Essa manobra não deve causar dor. Levemente libere o fígado e deixe-o mover-se na direção da ausculta, enquanto exagera o movimento. É frequentemente possível sentir como o fígado realmente muda sua posição. Se isso ocorrer, a junção gastroesofágica imediatamente recupera sua harmonia mecânica com o fígado, trazendo grandes esperanças de um desfecho positivo.

INDUÇÃO DO CÁRDIA

Em uma das técnicas de indução do cárdia, coloque o paciente na posição sentada. Posicione uma das mãos posteriormente ao nível da 11ª articulação costovertebral esquerda, e a outra anteriormente na 7ª cartilagem costondral esquerda. Inicialmente, a mão posicionada anteriormente pressiona o tórax em direção à outra mão, e ambas movem levemente para baixo. Algumas vezes ocorrem também pequenos movimentos laterais. As mãos trabalham em conjunto e, à medida que os tecidos começam a liberar, pode-se sentir uma separação entre as mãos, sinalizando o fim da manipulação. Essa técnica tem um aspecto passivo (a indução consiste em seguir os tecidos), mas as mãos também se movem ativamente em direção ao cárdia. A técnica parece agir sobre todos os espasmos da junção gastroesofágica e é um tratamento bastante

poderoso para todos os ligamentos da região (incluindo os do pericárdio, pleura, estômago, e fígado). Pode-se também executar essa técnica com o paciente em supino, que é menos trabalhoso para o profissional, mas também menos efetiva, uma vez que a força da gravidade em direção aos pés não é utilizada.

Recomendações

Ao lidar com uma junção gastroesofágica particularmente fibrosada, que se limita pelo hemi-diafragma esquerdo, tente estirar o psoas. Tal estiramento tem efeito pronunciado em hérnias de hiato. Existem várias maneiras efetivas de se estirar o psoas. Prefiro a posição pronada ou inclinada lateralmente, onde uma das mãos estabilizada o sacro e a pelve, enquanto a outra estende a coxa.

Para a maior efetividade possível, essas técnicas devem ser executadas na seguinte ordem:

- Libere a região dos ligamentos do fígado.
- Libere o piloro e o estômago (área fundal).
- Libere a junção gastroesofágica.
- Execute uma indução geral do fígado.
- Manipule as restrições esqueléticas mais significativas que persistirem, particularmente aquelas das articulações costo-condrais.
- Utilize a técnica de indução para o cárdia, como descrita acima.
- Normalize as restrições cranianas.

Essa seqüência permite a eliminação sucessiva de todas as restrições cranianas e vertebrais que são reflexivas por natureza, e nos permite concentrar naquelas mais primárias.

Cuidado com os sintomas: perda de peso acelerada, disfagia, regurgitação com sangue, nódulos subclávios à esquerda, ou enfisema subcutâneo. Quaisquer desses sinto-

mas podem indicar malignidade ou outro distúrbio sério.

CONSELHOS AO PACIENTE

Em caso de hérnia de hiato ou refluxo esofágico, o paciente deve ser advertido a:

- Não dormir imediatamente após as refeições.
- Não usar roupas ou cintos apertados.
- Dormir com um travesseiro razoavelmente mais alto.
- Evitar permanecer numa posição curvada à frente ou posição Trendelenburg reversa.
- Dormir com a cabeça e parte superior do tórax no travesseiro.
- Não manter os braços suspensos no ar e nem a cabeça flexionada para trás por muito tempo.

- Ao se esforçar, tente apoiar as mãos na parte baixa das costelas.
- Evite constipação. Seja cauteloso ao ingerir laranjas, chocolate, café, chá, álcool, gorduras, vinagre, mostarda, e tabaco.

Tais alimentos podem, no entanto, ser bem tolerados dependendo da hora da ingestão. Por exemplo, laranjas são melhor toleradas no início da refeição. Chocolate e álcool devem ser particularmente evitados à noite, antes de se deitar. Outros alimentos podem ser tóxicos em combinações específicas ou condições fisiológicas específicas. Mulheres devem evitar todos esses alimentos antes da menstruação em função dos efeitos hormonais na junção gastroesofágica.

CAPÍTULO 4

O Estômago e o Duodeno

■ CONTEÚDO DO CAPÍTULO

Fisiologia e Anatomia	59
Patologia	61
Sintomas Gerais	61
Vômito	61
Sangramento	61
Prolapso Gástrico	62
Sintomas	64
Outros Distúrbios	64
Úlcera	66
Câncer	67
Diagnóstico	67
Diagnóstico Local Diferencial	67
Manipulação Diagnóstica	79
Restrições Esqueléticas Associadas	70
Outras Considerações Diagnósticas	70
Tratamento	71
Indicações	71
Tratamento Local	71
Prolapso Gástrico	71
Rebote	72

Mobilidade	72
Indução	72
Técnica Direta Frontal	72
Píloro	74
Técnica Direta	74
Indução	76
Duodeno	76
Esfíncter de Oddi	77
Indução	77
Observações	77
Recomendações	77
Relações Emocionais	78
Gênero	78
Aparência e ambição	78
Agressão	78
Culpa	78
Conselhos ao Paciente	78

4 / O Estômago e o Duodeno

TENHO SEPARADO a discussão sobre o estômago daquela sobre a junção gastroesofágica puramente por razões didáticas. O cárdia e o fundo gástrico são partes integrais do estômago. Naturalmente, seus conflitos mecânicos (ver Capítulo 3) são também aplicáveis a este capítulo.

Fisiologia e Anatomia

O estômago é atraído em direção ao diafragma como que por magnetismo e se achata sob ele. Forças associadas à respiração puxam as fibras do cárdia, do recesso cardíaco, e do fundo gástrico para cima e ligeiramente em direção às costas. O sistema de ligamentos superiores do estômago é essencialmente representado pelo ligamento gastrofrênico que está frequentemente sobrecarregado e se torna fibrosado, desse modo exercendo pressão exagerada na mucosa gástrica e músculos dentro dos quais está inserido.

A pressão imediatamente abaixo do diafragma é por volta de $-5\text{cm H}_2\text{O}$, mas aumenta rapidamente em direção ao centro do abdome, até $+10\text{cm}$ perto do umbigo. Assim, num espaço de poucos centímetros, as pressões exercidas no estômago se revertem. Se os ligamentos superiores e a porção do estômago próxima ao diafragma ficam irritadas, ou edematosas, etc, a trans-

missão dessas pressões através do diafragma é perturbada. As pressões negativas adjacentes ao diafragma se tornam positivas, resultando em conflitos mecânicos inevitáveis.

O estômago é contíguo ao hemi-diafragma esquerdo, que é mais fibroso anteriormente e recebe a maior parte de sua inervação do nervo frênico, que também recebe informações sensoriais do peritônio ao qual está ligado.

O estômago deixa uma grande impressão no lobo esquerdo do fígado, sendo ambos os órgãos conectados pelo omento menor. Em função dessa interdependência, os dois órgãos devem sempre ser considerados em conjunto nos diagnósticos e tratamentos.

Através do diafragma, o estômago se relaciona com o coração e seus revestimentos, como evidenciado pela ocorrência comum de dor na parte baixa do peito originária do estômago, mas percebida próximo ao coração. Os pulmões e pleuras estão também, fixados ao diafragma. Assim, patologias pulmonares podem afetar o estômago através do diafragma.

A região onde a superfície anterior do estômago está em contato direto com a parede abdominal anterior é chamada de triângulo de Labbe. Esse triângulo é limitado inferiormente por uma linha horizontal através da borda inferior da cartilagem da 9ª costela,

lateralmente pela margem costal, e à direita pelo fígado. A ausculta normalmente acontece entre o fígado e a margem costal esquerda. O espaço semilunar de Traube pode ser encontrado na parte anterior esquerda do tórax inferior. Este espaço se limita medialmente pelo lado esquerdo do esterno, superiormente por uma linha oblíqua que vai da 6ª cartilagem costal ao aspecto inferior da 8ª-9ª costela, e inferiormente pela margem costal. Nesse espaço não há vibrações que possam ser sentidas por palpação, e sons respiratórios podem ser ouvidos pela ausculta.

Restrições das articulações costo-vertebrais são patogênicas para o estômago. A manipulação do estômago sem o ajuste de tais restrições não resulta em um tratamento completo. Os osteopatas estão sempre conscientes das articulações vertebrais, mas frequentemente se esquecem das articulações costovertebrais, que, em minha opinião, são tão (ou possivelmente mais) importantes. Como ocorre com outras vísceras, disfunções de muitas partes distantes podem afetar o estômago. Especialmente, a clavícula e a 1ª e 2ª articulação esternocostal, que estão frequentemente envolvidas.

O estômago está protegido contra dano químico, mecânico, e (particularmente) térmico pela membrana mucosa. Por exemplo, a maioria das pessoas é capaz de beber café a temperaturas de 50 a 70°C, mais que a temperatura máxima que a pele pode suportar. Paradoxalmente, o estômago suporta melhor esse tipo de abuso do que lida com reações ligadas ao estresse. Ele provavelmente irá irritar quando secreções ácidas e básicas estão presentes simultaneamente (ou em sequência); úlceras são comuns nesses casos. Quando o estômago se encontra distendido, o piloro secreta o hormônio gastrina. A evacuação gástrica aumenta quando o íleo está ativo ou estimulado externamente, o que nos permite utilizar certas técnicas aplicadas ao íleo para o tratamento do estômago.

A parte superior do estômago é colinérgica (isto é, estimulada pela acetilcolina das

fibras nervosas autônomas). Receptores mecânicos no estômago, quando estimulados, liberam secreções gástricas como HCl que, em grandes quantidades, se torna tóxico. Reações colinérgicas da região fundal podem estar envolvidas em algumas dores estomacais e doenças de origem mecânica. Contrário à crença popular, o ferro praticamente não é absorvido no estômago. No entanto, o HCl e um "fator intrínseco" secretados pelo revestimento do estômago são essenciais na absorção da vitamina B12, que é necessária à formação das células vermelhas do sangue.

O piloro evita refluxo para o estômago quando a pressão no duodeno superior aumenta, e traz partículas maiores de volta ao estômago para melhor digestão mecânica. Quando o piloro está aberto (como por exemplo, quando o estômago está vazio), este se localiza à esquerda da linha média; quando o piloro está contraído (ou a pessoa está nervosa e tensa), ele se localiza à direita. Acredito que o piloro, assim como a junção gastroesofágica, pode atuar como um esfíncter, embora poucos gastroenterologistas concordariam comigo. Devo admitir que, visto de dentro, o mesmo não se assemelha a um esfíncter. Durante vários experimentos utilizando fibras óticas, percebi que ele fica quase sempre aberto. No entanto, esta é de fato uma estrutura muscular contrátil com algumas fibras circulares. Se estas permanecerem contraídas, podem causar espasmos pilóricos que podem ser facilmente sentidos externamente. Por essa razão, considero o piloro como tendo propriedades reflexogênicas semelhantes a um esfíncter.

Quando a região pilórica é distendida mecanicamente ou exposta à solução alcalina, secreta gastrina. A gastrina tem o efeito de aumentar o ácido gástrico e as secreções pépticas, a motilidade gástrica e intestinal, as secreções pancreáticas exógenas, a produção biliar, e o tônus da junção gastroesofágica.

Perturbações mecânicas mínimas ou espasmos podem causar grandes distúrbios

fisiológicos. Encontrar e tratar uma restrição pilórica muitas vezes nos dá grandes resultados inesperados. Lembre-se que 55% das contrações duodenais acontecem quando a região antral se contrai ou é estimulada. Isso confere ao piloro uma grande influência sobre o duodeno. Durante a digestão, o piloro permite o trânsito do estômago ao duodeno aproximadamente três vezes por minuto.

A anatomia do duodeno fora descrita anteriormente (*Manipulação Visceral I*, pág 103-104). As quatro partes do duodeno, partindo do estômago ao intestino grosso, serão referenciadas aqui como duodeno superior, descendente, inferior e ascendente respectivamente.

Patologia

SINTOMAS GERAIS

O sintoma geral mais comum de disfunção estomacal e duodenal é dor epigástrica. Isso será discutido extensamente abaixo, nas seções sobre úlcera, câncer e prolapso. Aqui falaremos de alguns sintomas sistêmicos que se relacionam em vários graus com o estômago. Estes devem ser bem entendidos antes de considerarmos a manipulação do estômago.

Aerofagia (engolimento de ar), distensão abdominal, e flatulência são sintomas (não doenças) que acompanham diversas indisposições. Podem estar associados à eructação compulsiva após engolimento de ar (também conhecido como contração dos engolidores), atonia ou hipotonia gástrica, ou espasmos pilóricos. Esses sintomas podem resultar de dispepsia, prolapso, úlcera, neoplasias, etc., ou distúrbios de outros órgãos (como por exemplo: colecistite, apendicite, angina, insuficiência hepática, etc.). Pode-se dizer que eles existem em cada uma dessas condições e que não se pode usá-las como evidência conclusiva para diagnosticar nenhuma delas.

Vômito

O vômito causado por dor de estômago causa alívio imediato da dor. É frequentemente provocado em caso de distúrbios de estômago hiperistênico ou ulceroso, e é geralmente ácido. Para vômito projetado e sem náusea, mal-estar, ansiedade, ou desmaios, deve-se considerar estimulação direta da medula resultante de hipertensão endocraniana (tumor, abscesso, meningite, etc.). Vômito aquoso, constituído quase que somente de sucos gástricos, é muito ácido e acompanhado por intensa pirose. Ocorre em casos de excesso de ácido clorídrico e úlceras com secreção ácida significativa. Vômito pegajoso e com muco é o caso clássico de vômito matinal de secreções viscosas observado em gastrite alcoólica.

Vômito sem cheiro de alimento intacto sugere um divertículo esofágico. Vômito ácido de alimentos parcialmente digeridos e queimação com odor azedo, por outro lado, sugere excesso de ácido clorídrico. Vômito retardado de alimentos pouco digeridos indica redução na secreção do suco gástrico, onde o bolo é digerido inadequadamente. Vômito muito retardado envolvendo restos de alimentos ingeridos um ou vários dias antes sugere estenose do piloro. Estudos fisiológicos recentes mostraram que os alimentos podem levar até cinco dias para atravessar o sistema digestivo.

Vômito de bile é comum em patologias gástricas quando o paciente já vomitou seu conteúdo gástrico, e então vomita um líquido esverdeado constituído por bile vesicular e depois por bile hepática que é amarelada. Ao vomitar sangue, deve-se fazer o estudo apropriado para se certificar ser de origem gástrica (e não respiratória, esofágica ou duodenal).

Sangramento

Uma úlcera gástrica envolve hemorragia abundante, de sangue fresco, vermelho vivo.

Na úlcera duodenal, ocorre hematêmese (vômito de sangue de várias origens), sempre seguido por significativa melena (evacuação anal de sangue negro, que se assemelha a pixe, misturado às fezes). No câncer, ocorrem pequenas e repetidas hemorragias de sangue negro (às vezes vermelho) que foram mais ou menos digerido. Se a melena é abundante, deve-se considerar úlcera pilórica ou duodenal que evacua pela rota intestinal. Melena esparsa ou repetida sugere pequenas hemorragias da úlcera. No entanto, melena copiosa pode indicar neoplasia ou, mais raramente, gastrite resultante de hérnia de hiato ou diafragmática.

PROLAPSO GÁSTRICO

Existem, essencialmente, dois tipos de patologias gástricas mecânicas. O tipo superior envolve o movimento de parte do estômago para dentro da abertura diafragmática através da qual o esôfago passa (ver Capítulo 3). O tipo supero-inferior é exemplificado no caso do prolapso gástrico. Esse é mais um caso de alongamento excessivo do estômago que propriamente um prolapso, no qual o fundo não é mais contíguo ao diafragma (muito raro). Uso o termo aqui por ser de uso comum. Gastroenterologistas tradicionais geralmente não consideram prolapso gástrico como patologia. Acredito que essa visão se deve à atenção insuficiente dada ao aspecto funcional do corpo. A bem da verdade, alguns prolapsos permanecem assintomáticos, mas outros produzem disfunções óbvias, especialmente quando a mobilidade gástrica é afetada. Acredito que a diferença é na mobilidade propriamente dita, isto é, prolapsos sem alteração da mobilidade permanecem assintomáticos, enquanto aqueles que perturbam a mobilidade provavelmente serão patológicos.

A parte superior do estômago é puxada para cima pelo diafragma e a parte inferior para baixo pela gravidade (*Ilustração 4-1*). Com a idade, os órgãos tendem a deslizar para baixo; movimentos de apenas

alguns centímetros são o suficiente para alterar as pressões, que afetam o estômago.

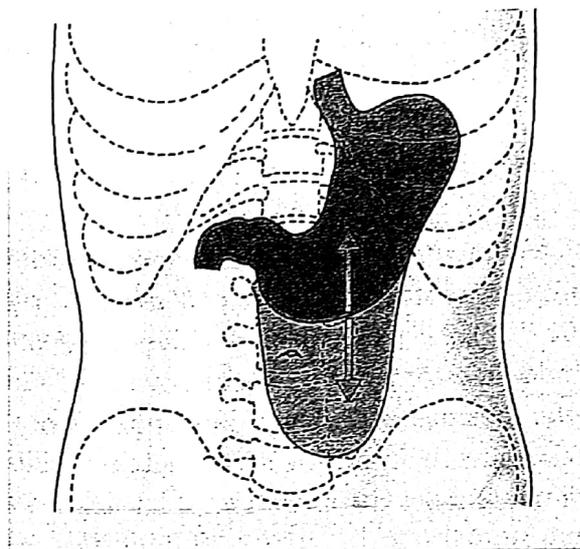


ILUSTRAÇÃO 4-1

Pressões no Estômago

Como dito antes (Capítulo 3), as pressões adjacentes ao diafragma são negativas (aproximadamente $-5\text{cm H}_2\text{O}$), mas aumentam rapidamente para $+5$ a $10\text{cm H}_2\text{O}$ na região superior fundal e $+10$ a $15\text{cm H}_2\text{O}$ ao nível do umbigo. As pressões podem aumentar mais abaixo do umbigo, de $+20$ a $30\text{cm H}_2\text{O}$ na junção do abdome com a pelve. Fica claro que os extremos superior e inferior do estômago estão sujeitos à diferentes pressões e restrições mecânicas. Movimentos para baixo da parte inferior, além de seus limites anatômicos normais, resultam em estiramento de todas as estruturas mecânicas que se ligam a ela.

Existem várias causas de prolapso gástrico. A tensão dos tecidos pulmonares e pleurais diminui com a idade e perturba o equilíbrio das pressões abdominais. O omento maior e o intestino delgado se movem gradualmente para baixo, puxando o estômago junto. Esse tipo de prolapso frequentemente envolve a raiz do mesentério seguindo a linha que vai da junção ileocecal ao umbigo.

Olhe atentamente para seus pacientes e perceberá o fenômeno. Com a idade, os tecidos da parede abdominal perdem sua tonicidade, elasticidade e extensibilidade. Cifose adquirida (exagero na curvatura normal da espinha torácica) pode também contribuir para o prolapso gástrico, de modo análogo à uma gravata que se move para baixo à medida que a pessoa se curva para frente.

Gravidez e parto são também causas frequentes de prolapso gástrico. O aumento da pressão abdominal pode estar envolvido, mas as causas principais são hipotonia dos tecidos de suporte induzida por hormônios e os processos do trabalho de parto e nascimento. Partos que ocorrem muito rápido e que são conduzidos com técnicas obstétricas grosseiras como indução hormonal artificial, sem levar em consideração as contrações uterinas naturais, muito provavelmente causarão prolapso do estômago, bem como outros órgãos (rins, bexiga, útero). Ando perplexo com o alto número de prolapso gástricos vistos em pacientes pós-parto. Felizmente, no entanto, eles frequentemente se resolvem sozinhos.

Retroversão uterina é tão comum (*Manipulação Visceral I*, pág 178) que se esquece que ela pode afetar outras articulações viscerais. Ela deixa um espaço que tende a ser preenchido pelo omento maior e intestino delgado, levando o estômago com eles. O períneo (desempenhando o papel de um diafragma inferior) e certos músculos pélvicos (como por exemplo o obturador interno) afrouxam após a gravidez e com retroversão uterina. Isso permite a todos os órgãos dos aparelhos digestivo e urogenital se deslocarem para baixo.

Cicatrizes abdominais, de origem cirúrgica, traumática ou infecciosa, contribuem para a desestabilização da boa disposição visceral.

Os fatores de predisposição para hernia de hiato e refluxo esofágico descritos no capítulo anterior podem contribuir também

para o prolapso gástrico. Depressão e outras enfermidades debilitantes, que podem afetar o tônus postural através de mudanças musculares e dos tecidos conjuntivos, são também fatores possíveis.

Alguns prolapso estomacais são congênitos. Tenho visto crianças nas quais o estômago chegou ao nível do púbis. Frequentemente, o prolapso congênito é melhor tolerado que o adquirido.

Não posso afirmar que restrições esqueléticas sejam causas de prolapso, mas sua existência afeta a mobilidade gástrica. Isso pode ser útil quando se depara com o insucesso apenas da manipulação estomacal.

Traumas no sacro ou cóccix causados por quedas têm maior probabilidade de afetar órgãos densos, como os rins, mas podem também afetar o estômago. Acredito que restrições, e até mesmo prolapso, do estômago se devem mais a efeitos dos sistemas simpático e para-simpático, que também podem afetar a tonicidade geral do estômago e contribuir para espasmos gástricos.

Existem também restrições dentro do estômago. Este órgão é como um balão cheio de água dentro de outro balão cheio de água. O ar no estômago sobe, formando uma bolsa de ar superior. Líquidos e sólidos, por outro lado, se acumulam no fundo e, frequentemente, diminuem o nível do antro pilórico, um fenômeno que pode ser verificado por fluoroscopia de bário. O estômago pode se encher sem alteração da pressão em suas paredes. Isso se deve ao fato de que à medida que mais alimento é ingerido, as paredes do estômago se expandem, o volume aumenta, e a pressão se mantém constante.

Para uma dada densidade de alimentos (exemplo purê de batatas) e maus hábitos de ingestão (comer rápido e sem mastigar), as forças internas exercidas no estômago podem tornar-se excessivas. Após milhares de refeições ingeridas muito rápido, o estômago pode tornar-se distendido mais rapidamente. Não acredito que esta seja uma causa importante de prolapso, mas por certo contribui.

Sintomas

Entre os sintomas de prolapso gástrico estão:

- Uma sensação constante de peso no abdome, que piora após as refeições.
- Inspirações profundas aumentam o desconforto e produzem uma sensação de mal-estar. Acredito que o desconforto seja causado por estímulo excessivo das fibras do nervo vago que atendem ao cárdia. Algumas vezes, a expiração pode também ser difícil.
- Um sintoma clássico é a necessidade de afrouxar o cinto ou alguma peça de roupa enquanto come.
- Desconforto ao esforço (tosse, defecação, etc.) é um sintoma frequente de prolapso. Dor de estômago é frequentemente diagnosticado equivocadamente como gastrite (destruição das células do estômago). Tenho descoberto, pelos meios objetivos da endoscopia, que irritações e inflamações da parede gástrica podem ocorrer sem o dano celular necessário ao diagnóstico de gastrite.
- Pirose, refluxo esofágico, e refluxo duodenal acompanham apenas prolapso sérios.
- Desconforto nas posições de braços para cima ou de extensão de cabeça são comuns em todos os prolapso. Isso é devido ao estiramento generalizado dos ligamentos viscerais e membranas, e provavelmente ao estímulo dos nervos vago e frênico também.
- Comumente, o paciente começa a refeição com apetite normal e, de repente, não sente mais fome.
- Dores de cabeça que ocorrem ao final de uma refeição farta.
- Ao balançar levemente o abdome, ouve-se um som similar ao de água sendo agitada. Se persistir por muito tempo após a refeição, significa esvaziamento incompleto do estômago.

- O estômago funciona em ritmo reduzido, eo paciente tem a impressão de nunca ter terminado a digestão. Essa dispepsia é acompanhada de flatulência e eructação frequente, que são tentativas do corpo de normalizar a pressão gástrica.
- O paciente reclama de dor vertebral e nas costelas concentrada em torno de T6.
- Para aliviar o paciente deliberadamente induz o vômito para esvaziar o estômago e assim evitar que a região epigástrica seja puxada devido ao estômago cheio. O vômito também alivia as dores de cabeça.
- O paciente limita o que come (porque sabe que causa desconforto) e conseqüentemente perde peso. Anorexia não é um termo realmente apropriado nessa situação uma vez que não há componente psicológico. A palavra "hiporexia" seria mais apropriada.
- Uma radiografia poderia revelar um estômago muito comprido, no formato de um ovo alongado, o antro pilórico alcançando o púbis.
- O paciente assume uma posição curvada à frente (mais pronunciada após uma refeição ou ao final do dia) no intuito de diminuir a distância entre o fundo gástrico e o antro pilórico. O paciente necessita de um travesseiro para dormir.
- O paciente típico é alto e magro (especialmente homens) e com pouco tônus muscular (especialmente mulheres).

OUTROS DISTÚRBIOS

Dores de estômago podem ter origem muscular (contrações estomacais exageradas e espasmos), origem mucosa (ardência), origem nervosa (dores como as dos tipos acima acompanhadas por dor nervosa do plexo celíaco), ou uma combinação.

Dispepsia funcional pode ser de dois tipos. A dispepsia hipoclorídrica é caracterizada por:

- boca seca com sensação de um volume na garganta
- disfagia, náusea, dores de cabeça ou anorexia
- eructação, inchaço ou distensão
- desconforto ou dor antes ou após o café da manhã
- boa condição geral (pessoas nervosas têm ataques súbitos)
- digestão lenta e trabalhosa acompanhada por sensação de enjôo.

★ A dispepsia hiperclorídrica (frequentemente confundida com gastrite) é caracterizada por:

- hipertonia gástrica
- digestão difícil e dolorosa
- sensação de queimação e eructação ácida ou azeda após ingestão de molhos, temperos, gorduras, álcool ou tabaco.

A distinção entre os dois tipos de dispepsia é somente por conveniência. A experiência clínica tem demonstrado que o tipo hipoclorídrico pode tornar-se, no intervalo de alguns dias, o tipo hiperclorídrico e vice-versa. Na verdade, a dispepsia é meramente uma síndrome que acompanha outras enfermidades (como neoplasias e apendicites).

Gastrite crônica é um termo usado abusivamente por algumas pessoas para se referir a uma variedade de condições não relacionadas, caracterizadas por dor de estômago. De fato, gastrite crônica é um distúrbio específico caracterizado por infiltração inflamatória das camadas submucosas do estômago e atrofia e displasia do revestimento do estômago. É uma síndrome que pode acompanhar outros distúrbios, incluindo câncer, anemia, pólipos, disfunção da glândula pituitária, síndrome de Sjogren, etc. Pode também estar associada ao consumo excessivo de nitrosaminas (em carnes de porco e salsichas), álcool ou medicamentos anti-inflama-

tórios não esteróides, refluxo duodenal ou anemia perniciosa. Seus sintomas incluem náusea, perda rápida de apetite ao alimentar-se, anorexia, vômito ou distensão gástrica após alimentar-se, mal-hálito, gosto ruim na boca, e dores nas costas.

Gastrite antral é uma deformação do antro causada por estenose concêntrica, onde o antro apresenta edemas, hipertrofia e hipomobilidade.

Refluxo duodenal é muito frequente em pessoas que bebem e fumam. É encontrado também associado a restrições do piloro ou duodeno superior, úlceras ou cirurgias em órgãos do aparelho digestivo. Produz gastrite com mucosa atrofiada do antro, e pode favorecer o desenvolvimento de uma úlcera na junção ácido-alcalina ao nível da curvatura menor. Acredito que o prolapso gástrico pode gerar este problema pela aspiração de líquidos (um tipo de refluxo) causado por um desequilíbrio das pressões intragástricas. No entanto, isso é meramente uma conjectura baseada em minhas observações clínicas.

Estenose pilórica hipertrófica é um distúrbio incomum em adultos, frequentemente associada à úlcera péptica próxima ao piloro. O piloro fica alongado e estenosado, causando obstrução ou retenção do bolo alimentar. Algumas vezes, um tumor infiltrante na região se apresenta de forma similar. Em caso benigno, a osteopatia é a mais efetiva. Outro indício é a observação de um peristaltismo anormal, que revela um obstáculo pilórico. Ocasionalmente vejo casos de estenose pilórica em crianças. No entanto, só vejo os casos mais leves, uma vez que os mais sérios necessitam cirurgia. Como teste diagnóstico, coloque a criança na posição supina, lhe dê uma garrafa e observe o abdome estando de pé à direita. Na estenose pilórica, você verá as ondas peristálticas se movendo da esquerda para a direita ao longo do topo do abdome. Sua frequência e amplitude aumentarão enquanto a ingestão continua. Em algum

momento ocorrerá um vômito projetado. Por um breve momento, pode-se sentir a massa pilórica profunda, do tamanho de uma azeitona, no hipocôndrio direito. O vômito ocorre quando a estenose se torna significativa. Tratei vários casos com sucesso onde o piloro estava apenas fibrosado e espástico, ao invés de completamente estenosado. Em adultos com estenose devido a úlceras, neoplasias, ou aderência, a dilatação antral é possível.

ÚLCERA

A úlcera gástrica é menos frequente que a duodenal e afeta, tipicamente, homens entre 45 e 55 anos. É encontrada mais comumente na curvatura menor e no antro, e resulta de uma deficiência na resistência da mucosa gástrica, ou lesão da mucosa. O estômago apresenta hiper mobilidade e produz secreções excessivas. Os sintomas incluem dispêpsia e náuseas pós-prandiais. O ciclo de dor/alimentação/alívio ocorre, mas é muito mais previsível que na úlcera duodenal; frequentemente, alimentar-se aumenta a dor. A dor noturna também é menor que na úlcera duodenal. Fica difícil fechar um diagnóstico, bem como distinguir entre úlceras benignas e pré-cancerosas, exceto por uma combinação de radiografia e endoscopia.

Úlceras duodenais são um mal comum; encontrada em 6-15% da população dos Estados Unidos e representando aproximadamente 75% de todas as úlceras. São ligeiramente mais comuns em homens e sua incidência é máxima ao final dos 30 e início dos 40 anos. Esse tipo de úlcera é comumente encontrada em zonas de transição entre a mucosa fundal/antral ou antral/duodenal. Em um terço dos casos, úlceras duodenais estão associadas a úlceras gástricas. A secreção gástrica é mais abundante que na úlcera gástrica (homens secretam mais que mulheres) e diminui após os 50 anos, o que explica esse distúrbio ser mais comum em grupos mais jovens.

As causas incluem hipersecreção de sucos gástricos (notadamente durante atividade vagal noturna); fatores genéticos, emocionais, e endócrinos (hiperparatireoidismo aumenta as chances de formação de úlceras em dez vezes); cirrose, pancreatite, e distúrbios pulmonares crônicos; fatores iatrogênicos (como o uso de medicamentos anti-inflamatórios); refluxo duodenal ou pancreático; restrições costo-vertebrais; e ritmos sazonais (aumentos equinociais da dor são bem conhecidos). Ocorrem também ritmos mais curiosos. Frequentemente, por exemplo, a dor reaparece após cinco anos sem causa aparente. Na minha opinião, tais fenômenos enfatizam a importância da dependência gástrica do sistema endócrino.

Muitas úlceras, talvez 20-30%, são assintomáticas. O sintoma mais comum é dor epigástrica que parece queimar ou roer (pode também ser perfurante, um desconforto ou dor indefinida). Tipicamente, a dor ocorre entre 1,5 e 3 horas após alimentar-se e alivia em poucos minutos com a ingestão de alimentos. Uma exceção a isso é o açúcar, que frequentemente piora a dor, especialmente se ingerido de estômago vazio. A dor frequentemente acorda o paciente entre 2 e 4 da manhã e ocasionalmente ocorre logo antes do café da manhã. A dor é usualmente na linha média e pode irradiar-se levemente à direita. Esses pacientes frequentemente experimentam alternância entre constipação e diarreia bem como regurgitação e eructação frequente. É raro haver perda de peso porque o paciente come muito para aliviar a dor.

Complicações mais significantes de uma úlcera duodenal inclui perfuração, que, com frequência, ocorre do lado anterior do duodeno. A dor é súbita, intensa, e contínua, e é epigástrica ou ligeiramente à direita, com possível irradiação para a clavícula. O estômago fica imóvel em função da contração defensiva. A palpação abdominal fica então difícil ou impossível. O exame retal é doloroso uma vez que o suco gástrico se acumula

na bolsa de Douglas. Existe a possibilidade de confusão com apendicite ou peritonite. Além disso, uma úlcera pode causar hematêmese, melena, ou desmaios (que pode significar uma perda de 1-1,5 litros de sangue). Em 20% dos casos hemorrágicos não houve sintomas prévios. Esta é uma boa razão para se medir a pressão arterial do paciente antes da manipulação. Se a pressão sistólica estiver muito baixa, considere uma úlcera com sangramento.

Uma úlcera pode, algumas vezes, ser identificada com base na região de projeção da dor, como se segue (Dousset, 1964): epigástrica (úlcera da curvatura menor); xifóide (úlcera do cárdia); subcostal à direita (pilórica ou duodenal); subcostal à esquerda (úlcera da grande curvatura ou antro pilórico); torácica ou lombar (úlcera posterior). Essa topografia nem sempre é precisa ou confiável, mas a considero interessante.

Alternativamente, a úlcera pode ser identificada baseado em tempo ou circunstância da dor, como se segue: ao início de uma refeição (gastrite ou simples dor estomacal); cólicas no jejum aliviadas por ingestão de alimento (hipersecreção gástrica); dor com fome aliviada após refeição (úlcera pilórica ou duodenal); dores de 1-2 horas após refeição, aliviadas por ingestão de alimento (hipocloridria com ou sem úlcera); dor por volta de 3-4 horas após refeição (úlcera localizada na parte baixa, justapilórica ou duodenal).

O horário geral de ocorrência da dor é também de importância diagnóstica. Dores cíclicas são, geralmente, causadas por úlceras. Em casos de dores que ocorrem sem um agente ativador conhecido, e sem um ciclo particular, deve-se considerar e descartar o câncer. Dor posicional ou ocorrida após refeição ingerida às pressas geralmente é causada por prolapso gástrico. Dor estomacal reflexa, acompanhada de dor em outras áreas, é provavelmente devida a outras patologias como aquelas envolvendo a vesícula e o pâncreas.

CÂNCER

O câncer gástrico é duas vezes mais frequente em homens, especialmente aqueles com sangue tipo A. O predomínio dessa doença, felizmente, tem diminuído. Talvez isso seja devido ao aumento no uso de refrigeradores, que diminui a necessidade de nitrosaminas como aditivo alimentar. Mais de 90% dos cânceres gástricos são carcinomas, mais comumente encontrados no antro e curvatura menor do estômago. Os sintomas de câncer gástrico são: anorexia com particular aversão à carne e alimentos gordurosos; perda de peso, fadiga geral, anemia, e compleição amarelada; mal-estar abdominal, diarreia, e febres baixas; hepatomegalia, fígado nodular com endurecimento parietal que se adere às formações vizinhas; aumento dos linfonodos supra-claviculares esquerdos e nodo pectoral esquerdo. Na minha experiência, qualquer paciente queixando-se de constipação e diarreia alternados, acompanhado de dor epigástrica deve ser sempre cuidadosamente examinado para suspeita de câncer gástrico.

Diagnóstico

Na Ausculta Geral para restrição do estômago, o paciente se posiciona inclinado à frente, com o queixo praticamente pousado sobre o esterno. Para restrição da região duodenal ou pilórica, essa posição inclinada é seguida de pequena lateroflexão à direita, e termina numa rotação bem leve à esquerda. A Ausculta Geral apresenta apenas resultados aproximados, e deve ser seguida por um diagnóstico diferencial local.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL LOCAL

Ela é executada com o paciente na posição supina. Posicione a palma da mão sobre o umbigo, o dedo médio na linha média, dedos levemente separados (*Ilustração 4-2*). Para o estômago (seta 1), toda a mão se

ILUSTRAÇÃO 4-2
Diagnóstico Diferencial Local:
Estômago

1. Estômago
2. Píloro
3. Duodeno

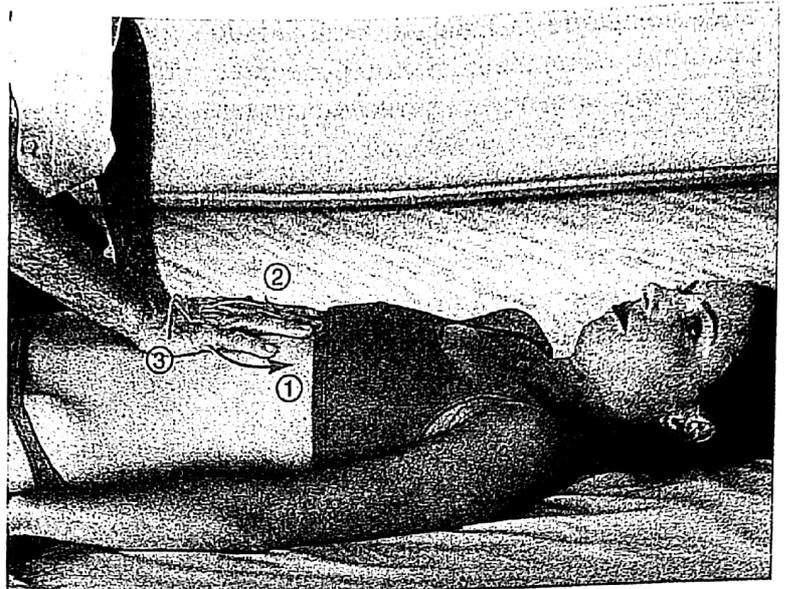
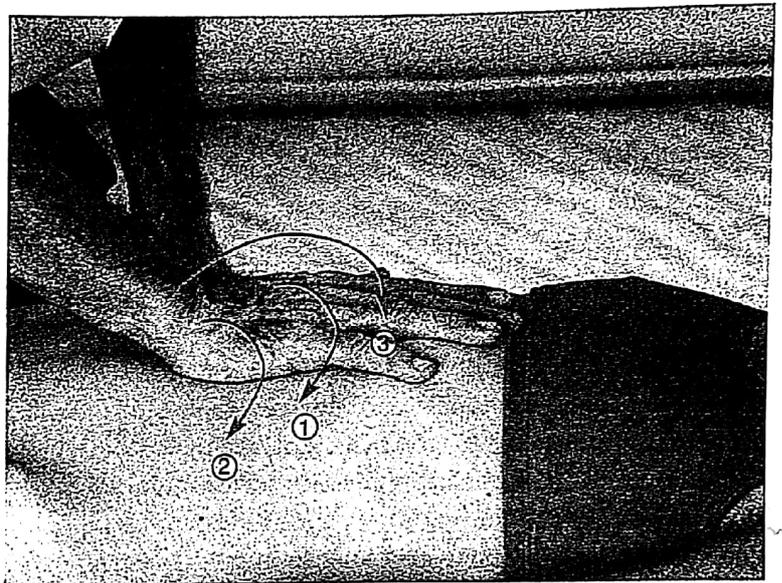


ILUSTRAÇÃO 4-3
Diagnóstico Diferencial Local:
Flexura Duodenojejunal

1. Flexura duodenojejunal
2. Rim esquerdo
3. Pâncreas



move para cima e esquerda, a palma tendendo na direção da margem costal inferior. Para problemas da curvatura maior, a mão se move numa pequena inclinação (pronação para a curvatura menor), o dedo indicador repousando na borda lateral da linha média. Para prolapso, a palma é atraída na direção da região pubiana. Para junção gastroesofágica, o dedo médio se move em direção ao processo xifóide e segue além dele, com a palma se movendo em direção ao ângulo xifóide. Para o píloro (seta 2), o polegar é atraído na direção da parte superior da linha média abaixo

do xifóide e se move levemente à esquerda ou direita da linha média, dependendo da posição do píloro. Pode parecer estanho separar o píloro do duodeno, mas minha experiência tem demonstrado que para úlceras e duodenites, a mão é atraída ao duodeno descendente (seta 3) e, notadamente, ao esfíncter de Oddi (possivelmente refletindo o papel da bile na formação de úlceras), apesar de 95% das úlceras duodenais ocorrerem no duodeno superior. A mão se move à direita, o polegar empurrando para dentro da projeção do esfíncter de Oddi, 2

a 3cm acima do umbigo, numa linha que liga o umbigo ao mamilo ou ponto médio da clavícula. As úlceras, particularmente as do estômago, podem atrair as mãos diretamente e rotacionar de modo similar às áreas semelhantes a esfíncter.

Para restrições na flexura duodenojejunal (*Ilustração 4-3*), a elevação hipotenar se fixa sobre a projeção anterior (que é simetricamente oposta à do esfíncter de Oddi) e se move mais profundamente até sentir uma massa arredondada (seta 1). Para o rim esquerdo (seta 2), a mão realiza aproximadamente o mesmo movimento descrito acima. No entanto, se mantém mais próxima ao umbigo e vai bem mais profundamente depois. Equívocos ocorrem comumente entre a flexura duodenojejunal e o rim esquerdo. Para o rim direito, a mão é atraída lateralmente à direita do umbigo. Ela vai além da projeção do esfíncter de Oddi e se move posteriormente, enquanto ao mesmo tempo é subitamente atraída na direção do tórax se o rim estiver no lugar. Para restrições do pâncreas (seta 3), a elevação tenar se move na direção da projeção do esfíncter de Oddi, a mão rotacionando no sentido horário até que o dedo médio forme um ângulo de 30° com o plano transversal perpendicular à linha média ao nível do umbigo (isto é, um ângulo de 60° com a própria linha média).

Não posso recapitular todas as situações nas quais órgãos vizinhos confundem ou adulteram diagnósticos. Deve-se aprender a reconhecer sons ou atrações que não têm implicação diagnóstica. Exemplos comuns são a bolsa de ar do estômago e o ceco.

MANIPULAÇÃO DIAGNÓSTICA

Se o seu teste de ausculta sugere um prolapso estomacal, confirme o diagnóstico criando um ponto de inibição na parte baixa do estômago, empurrando-o levemente para cima. Em caso de um prolapso, essa inibição

cessará a sensação de prolapso na ausculta. A bolsa de ar estomacal é um fenômeno fisiológico que contribui para a manutenção do recesso cardíaco. Algumas vezes, por razões triviais (emoção, comer apressadamente, etc.) ela aumenta e conseqüentemente interfere na ausculta. Nesse caso, com sua mão livre, comprima gentilmente a margem costal inferior esquerda. Isso é suficiente para remover os "sons" irrelevantes. Por exemplo, vamos dizer que sua mão é atraída para cima, e você hesita em implicar o piloro ou a vesícula. Iniba a projeção costal anterior da vesícula; se a mão continuar sendo atraída para cima, pode considerar como sendo um problema no piloro. Alternativamente, iniba a projeção do piloro, que deve cessar a atração da mão. Na seqüência de úlceras, áreas de tecido cicatricial fibroso frequentemente se formam no omento menor, omento maior e duodeno. A Ausculta Local permitirá sua detecção.

A técnica do rebote gástrico deve permitir a diferenciação entre lesão das conexões ou da mucosa do estômago. Com o paciente na posição sentado, posicione-se atrás dele, insira seus dedos sob a margem costal esquerda, e traga o fundo gástrico para cima e levemente à direita. No extremo do movimento, libere repentinamente a pressão. Se o paciente sentir dor ao se comprimir o estômago, significa que a mucosa está irritada. Se a dor ocorrer durante o rebote, as conexões (ligamento gastrofrênico, omento menor, etc.) foram lesados. Em termos gerais, o paciente estará sensível a essas duas ações. Faça-o explicar claramente o ponto de sensibilidade; dessa forma ele poderá indicá-lo a área a ser manipulada. O rebote pode criar sensibilidade (e uma sensação de náusea) ao nível da junção gastroesofágica por conseqüência do estiramento do nervo vago.

Para hérnias de hiato (Capítulo 3), há uma técnica de agravamento para testar a possibilidade de prolapso gástrico. Posicione-se atrás do paciente (que deverá estar sentado

e inclinado à frente) e, de novo, insira seus dedos na margem costal anterior esquerda. Traga os dedos levemente acima para englobar parte do estômago que você então empurra para baixo, em direção ao umbigo. Caso haja prolapso, o paciente apresentará os sintomas que já conhece bem, acompanhados por sensação de mal-estar. Para a técnica do alívio, na mesma posição, gentilmente eleve o estômago e o mantenha nessa posição. É muito importante fazê-lo gentilmente porque esses pacientes frequentemente também apresentam hérnias de hiato e um movimento muito vigoroso para cima poderá exacerbar essa condição. O paciente frequentemente executa esse movimento de alívio inconscientemente.

Para revelar um problema gástrico, exerça pressão no ângulo posterior da 6ª costela ou na articulação costovertebral esquerda correspondente. Para problemas duodenais, a compressão deve ser executada levemente à direita da linha média. O paciente sentirá alguma dificuldade em respirar e um início ou aumento de dor estomacal. Numa técnica alternativa de curvatura para trás, o paciente assenta com as duas mãos na nuca. Posicione-se atrás dele e segure seus cotovelos, puxando-os de modo a curvar o paciente para trás de forma passiva. Essa técnica estira as fibras do estômago e irrita os pontos de restrição. Em caso de problema duodenal, o paciente sentirá desconforto levemente à direita da linha média e, geralmente, tentará fazer movimento contrário.

Problemas gástricos frequentemente impedem uma respiração adequada, principalmente no hemi-diafragma esquerdo. Na posição característica de alívio do paciente de úlcera, este se mantém curvado à frente, o ombro esquerdo para baixo e levemente à frente. Se a lesão for no duodeno, o ombro direito estará levemente abaixado. À medida que a hora da refeição se aproxima, tal po-

sição se acentua. Ao dormir, o paciente necessita de um travesseiro razoavelmente alto (para evitar o estiramento das fibras do estômago) e prefere a posição de decúbito lateral direito com os joelhos contra o peito.

RESTRIÇÕES ESQUELÉTICAS ASSOCIADAS

Problemas exclusivamente do estômago tendem a criar restrições na cervical inferior esquerda, ao passo que lesões do piloro ou duodeno causam restrições bilaterais, frequentemente mais evidentes à direita. Em casos mais graves, observa-se um efeito em C7/T1 e 1ª costela. A 6ª articulação costovertebral direita é o epicentro das restrições relacionadas ao estômago para essa área. Para problemas do duodeno, as restrições se encontram um nível abaixo (em T7 e 7ª costela). Elas aparecem inicialmente à direita, mas depois se estendem para ambos os lados. Restrições vertebrais lombares são raras para problemas puramente gástricos, mas mais comuns para lesões duodenais.

Periartrite glenoumeral esquerda é menos comum à esquerda que à direita e pode ser evidenciada com o teste da articulação glenoumeral (Capítulo 1). Se a ação de erguer levemente o estômago melhorar o movimento do ombro, pode-se concluir que há um reflexo da lesão gástrica no ombro.

OUTRAS CONSIDERAÇÕES DIAGNÓSTICAS

Distúrbios gástricos menos significantes ou inflamações têm pouco efeito no teste de Adson-Wright, provavelmente porque existem relativamente poucas adesões nos tecidos vizinhos. No entanto, em lesões antro-pilóricas resultantes de úlcera, o teste geralmente resulta positivo à esquerda. Em lesões do duodeno, pode resultar positivo à direita. Pode-se executar este teste para confirmar

a participação do estômago. Quando existem problemas gástricos significativos, a pressão sistólica será ligeiramente mais baixa à esquerda.

Outras restrições encontradas em associação àquelas do estômago incluem:

- Neuralgia cervical/braquial esquerda que é devida à irritação do plexo braquial e particularmente dos nervos mediano e braquial. Um exemplo típico seria um paciente com úlcera de estômago. Todo o seu sistema nervoso se encontra hiperativo e irritado. As inervações do ante-braço se encontram em constante estado de estímulo de modo que atividades físicas prolongadas, como jogar tênis ou executar trabalho operário, podem rapidamente causar tendinite. O paciente jamais descobrirá a relação entre os dois distúrbios. Essa é uma das razões pelas quais prefiro testes "manuais" aos "orais", isto é, prefiro palpação a entrevista com o paciente.
- Dor de cabeça (mais frequente à esquerda, seguindo o ritmo peristáltico gástrico)
- Dor na parte inferior do peito (menos frequente que em hernia de hiato).
- Problemas do trânsito biliar, que comecem com problemas biliares extra-hepáticos causados por espasmos ou restrições do duodeno descendente, cuja tensão então perturba o fluxo do pâncreas e vesícula. Todos os orifícios excretorios necessitam de boas aberturas para a passagem dos líquidos secretados. Ao nível do esfíncter de Oddi, aproximadamente três litros por dia de secreções do pâncreas e vesícula devem ser capazes de adentrar o duodeno descendente. Um desequilíbrio nas tensões impede a abertura satisfatória do esfíncter e a circulação não pode acontecer normalmente. Esses fluidos digestivos então estagnam, irritam seus canais, e causam dispepsia.

Tratamento

INDICAÇÕES

O estômago é um órgão em que muitos problemas podem ser resolvidos por manipulação osteopática apropriada. Um estômago disfuncional e dolorido perde sua mobilidade e motilidade; se "congela" para evitar a dor e também em função de tecidos fibrosados aderindo-se a ele. A parte posterior do estômago, cárdia, ou piloro, podem estar aderidos a estruturas próximas. O estômago pode também sofrer contrações, normalmente concentradas em torno da região antro-pilórica. Acredito que qualquer lesão gástrica possa se beneficiar do tratamento osteopata. Os problemas mecânicos geralmente envolvem secreções gástricas e circulação digestiva geral.

TRATAMENTO LOCAL

Prolapso gástrico

Para tratamento local de prolapso gástrico, coloque o paciente sentado e exerça pressão subcostal. Posicione os dedos ligeiramente à esquerda da linha média e direcione-os posterior e superiormente e muito ligeiramente à direita. Alivie a pressão e repita a operação umas dez vezes. Deixe então os dedos na posição superior e mova todo o tórax do paciente posterior e superiormente para aumentar o estiramento. Essa é a técnica oposta àquela para hérnia de hiato. Tenho executado essa técnica sob fluoroscopia, e uma vez obtive movimento superior à 15cm para um antro pilórico que havia caído ao nível da pelve.

Onde quer que eu vá, as pessoas me perguntam, "Qual a utilidade de se levantar o estômago, e ele sempre permanece no lugar?". O conceito osteopata de mobilidade é relevante aqui. Um estômago "suspendido" na verdade não se mantém na posição superior, mas, por outro lado, nunca retorna à posição

original; tenho confirmado isso muitas vezes. Mais importante, o estômago recupera sua mobilidade e não mais se opõe ao movimento diafragmático. Pela liberação dos ligamentos diafragmáticos, os músculos e fibras nervosas que atendem ao estômago se tornam menos estirados. Um estômago prolapso significa que toda a massa do aparelho digestivo está prolapsada. Este fenômeno dispara reflexos vaso-constritores. A circulação local perturbada (particularmente má circulação venosa) causa dores abdominais e problemas digestivos. Os resultados da Manipulação Visceral são, geralmente, muito bons nesses casos.

Rebote

O rebote pode ser usado quando o estômago está anormalmente sensível e a pressão prolongada é dolorosa. Ao se utilizar do rebote, deve-se tratar de todas as partes do estômago que necessitem trabalho. Pode ser necessário deslocar o foco de suas pressões para que possa trabalhar em ambas (esquerda e direita) as partes do estômago.

Mobilidade

Gostaria de recapitular as diferentes técnicas discutidas anteriormente (no livro *Manipulação Visceral I*, pág 95-100). Descreverei aqui, várias técnicas diretas especificamente direcionadas aos ligamentos superiores do estômago, que são muito reflexogênicos. Essas técnicas consistem na mobilização às conexões nos planos frontal, sagital e transversal.

INDUÇÃO

A manipulação do estômago funciona principalmente para as duas áreas seguintes:

- *Ligamentos gastrofrênicos*: Para essa manipulação, coloque o paciente em posição sentada. Exerça pressão numa área razoavelmente grande da parte superior do estômago para puxá-lo em direção

ao diafragma. mente relaxe a pressão abaixo do diafragma. Essa técnica compreende primeiro uma indução do estômago e depois da região tóraco-abdominal.

- *Curvatura menor do estômago*: Posicione a palma da mão na região de atração durante a ausculta; estire a região várias vezes para estimular os receptores mecânicos e então proceda a uma indução. Essa é a técnica mais eficiente para tratamento de tecido cicatricial proveniente de úlcera estomacal. Geralmente, a palma desliza para a esquerda.

Ao proceder a uma indução do duodeno, tratar sua porção descendente proporciona os melhores resultados, especialmente com respeito à projeção do esfíncter de Oddi.

Coloque o paciente na posição supina e fique de pé do seu lado esquerdo. Primeiro, empurre o abdome várias vezes em direção à linha média, o que pode causar algum dorimento. Proceda, então, à indução.

Essa deve ser uma técnica padrão de tratamento para:

- úlceras estomacais e duodenais
- refluxo gástrico e pancreático
- problemas com a funcionalidade exócrina do pâncreas.

TÉCNICA DIRETA FRONTAL

Coloque o paciente em decúbito lateral direito e fique de pé atrás dele. Coloque as duas mãos no hemi-tórax esquerdo, com as palmas abaixo da 5ª costela e os dedos sobre a margem costal anterior. Mobilize as costelas em direção ao umbigo, abarcando o máximo possível do estômago e coloque-o sob as costelas, então estire-o obliquamente numa direção superolateral e posterior trazendo as mãos para trás em sua direção (*Ilustração 4-4 e 4-5*). Repita essa operação ritmadamente, cada vez tentando abarcar mais do estômago, até sentir uma liberação. En-

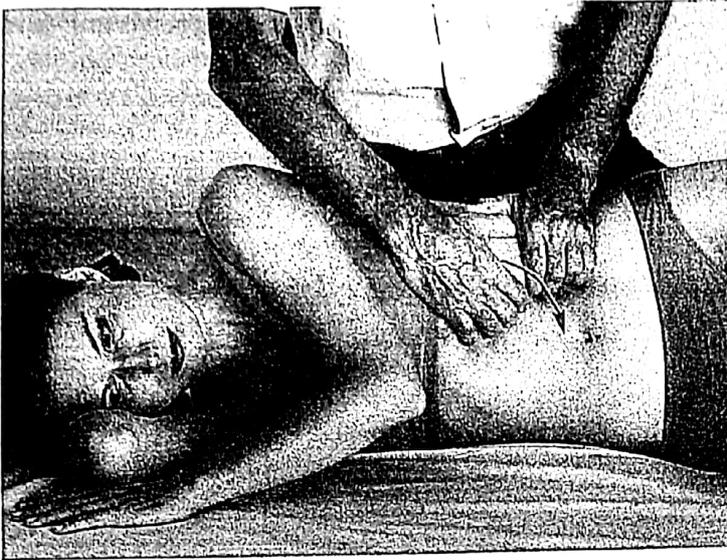


ILUSTRAÇÃO 4-4
Técnica Direta Frontal
(Em Decúbito Lateral)

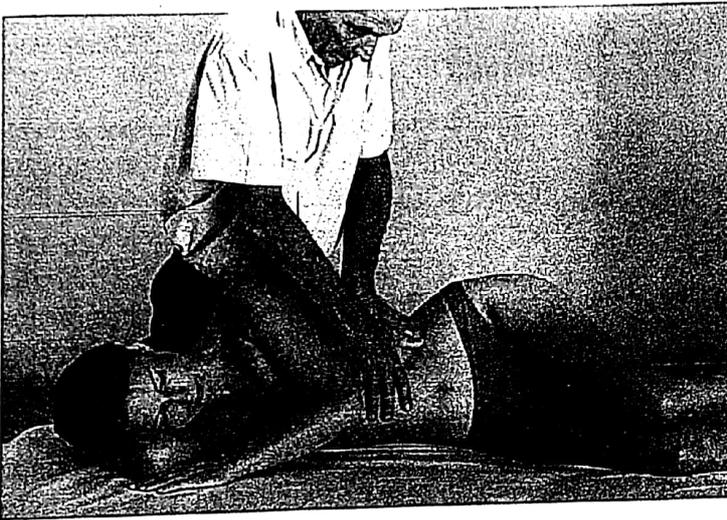


ILUSTRAÇÃO 4-5
Técnica Direta Frontal com
Pressão Lateral Dupla
Direta Fronta

tão, continue com a técnica movimentando as mãos mais para baixo das costelas e repita o movimento.

O rebote pode ser executado quando tiver trazido as costelas o mais possível em direção ao umbigo. Isso é muito efetivo pois permite liberar todos os tecidos moles à esquerda que circundam o diafragma, costelas e pleura. Com frequência, executo tal procedimento duas ou três vezes ao começar um tratamento para mobilidade do estômago. Alternativamente, com o paciente na posição sentado, assente-se ao seu lado direito e envolva seu hemi-tórax esquerdo com ambas as mãos (*Ilustração 4-6*). Pressione vigorosamente as costelas medial e inferiormente

apoiando o paciente contra você, e libere repentinamente.

Uma técnica sagital com o paciente em decúbito lateral direito também é possível. Coloque o polegar direito e a mão na parte posterior inferior do hemi-tórax esquerdo. A mão esquerda se posiciona defronte ao tórax pressionando da 7ª a 9ª cartilagens costocodrais. A mão posterior empurra o hemi-tórax à frente enquanto a anterior o traz de volta e vice-versa (*Ilustração 4-7*). Os ligamentos gastrofrênicos ficam assim envolvidos. O rebote consiste em esperar o momento em que as mãos se afastaram o máximo possível e então liberá-las simultaneamente. Essa é uma técnica eficiente e esteticamente agra-



ILUSTRAÇÃO 4-6
Técnica Frontal Direta (Posição Sentada)

dável uma vez que as duas mão trabalham separadamente. Quando sincronizadas, há um efeito benéfico perceptível no corpo.

A técnica transversal direta é também executada com o paciente em decúbito lateral direito. Posicione as duas mãos no aspecto anterolateral do hemitórax esquerdo, dedos na direção da linha média, polegares na direção das costas. Ambos os polegares nas costas mobilizam as costelas baixas, não na direção do umbigo, mas em direção ao processo xifóide (*Ilustração 4-8*). Essa técnica tem a vantagem de mobilizar os ligamentos gastro-frênicos posteriores e articulações esterno-costais. O rebote ocorre quando o hemitórax está em rotação máxima.

PILORO

Técnica Direta

Uma técnica direta para o piloro é executada com o paciente em posição supina. Quando o paciente tiver se alimentado recentemente, ou estiver tenso, o piloro será encontrado ligeiramente à direita da linha média (*Ilustração 4-9*), quatro a cinco dedos acima do umbigo. Ele geralmente entrará em espasmo como resultado de qualquer tipo de úlcera ou inflamação do antro ou duodeno. O espasmo pilórico interrompe a mobilidade e motilidade gástricas, e também acarreta espasmos do duodeno des-

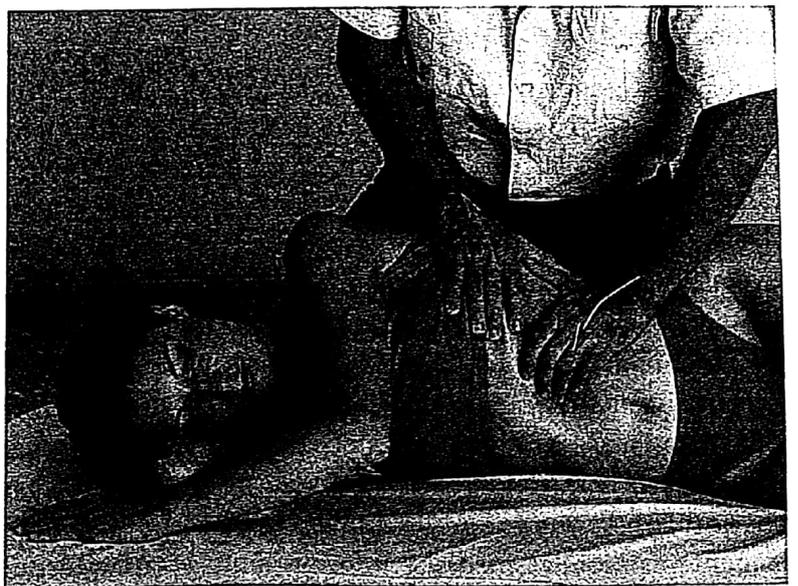


ILUSTRAÇÃO 4-7
Técnica Direta Sagital (Em Decúbito Lateral)



ILUSTRAÇÃO 4-8

Técnica Transversal Direta (Em Decúbito Lateral)

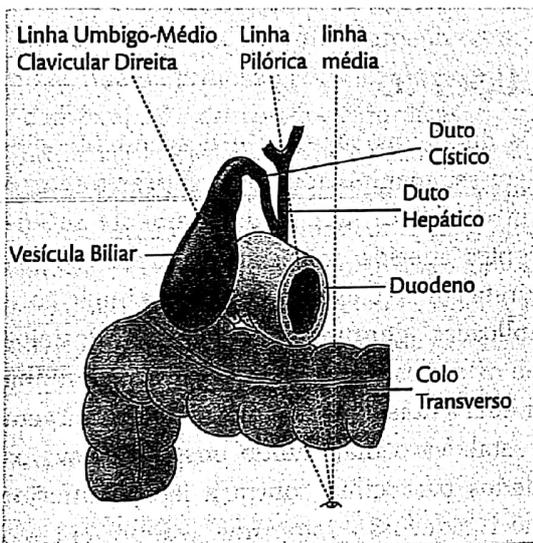


ILUSTRAÇÃO 4-9

Piloro: Pontos de Referência

cedente, que irão interromper o trânsito dos fluidos digestivos do pâncreas e vesícula. A manipulação direta é executada com uma combinação de compressão/rotação nos sentidos horário e anti-horário e pressão transversal. Mova o piloro à esquerda ao final da rotação no sentido horário (abertura), e à direita ao final da rotação no sentido anti-horário (fechamento) no intuito de aumentar o efeito de estiramento e auxiliar a abertura do piloro (*Ilustração 4-10*). O rebote

é executado após ter trazido o piloro transversalmente à direita ou esquerda o máximo possível. É também usado para "acordar" um piloro congelado. Geralmente, os melhores resultados são atingidos quando as mãos se movem para a esquerda ao final da rotação em sentido horário e para a direita ao final da rotação no sentido anti-horário. O rebote deve ser muito rápido para que produza algum efeito. Após duas ou três repetições, termine com uma técnica de indução.

Outra técnica direta para o piloro é feita com o paciente em decúbito lateral direito. Posicione os dois polegares profundamente e à esquerda da linha média, dedos no aspecto medial do duodeno descendente. Para atingir isso, eles têm que ir além do peritônio, omento maior e intestino delgado. Se não estiver confiante na localização desses órgãos, comece procurando pela parte medial do colo ascendente; oposto a ele está a lateral do duodeno descendente, que serve de guia para encontrar a parte medial. Seu polegar estira o piloro para a direita, enquanto suas mãos empurram a massa duodenal à esquerda. Execute essa técnica ritmicamente até que cessem os espasmos e seja possível mover o piloro sem causar dor. Essa região se torna restrita muito profundamente e você deve ser capaz de explorá-la em cada nível.

ILUSTRAÇÃO 4-10

Piloro: Compressão/Rotação



Para a técnica do rebote, libere os polegares após terem movido ao máximo para a direita.

O piloro pode estar espástico, fibrosado, ou mesmo estenosado, essa última condição se manifestando por um endurecimento absoluto. O piloro de encontra em uma região altamente reflexogênica, a exemplo do esfíncter de Oddi, vesícula, flexura duodenojejunal, e junção ileocecal. A manipulação do piloro estimula a circulação geral dos intestinos delgado e grosso.

Se tiver problemas em produzir uma reação, não hesite em estimular outras zonas reflexogênicas. Por exemplo, a mobilização ileocecal aumenta a evacuação gástrica. Uma boa liberação do piloro cria um som característico de evacuação de líquidos (às vezes atribuído erroneamente à vesícula).

Indução

A indução do piloro consiste em exagerar seus movimentos horários e anti-horários. Tome cuidado para não impor uma direção ao piloro. Você deve seguir a direção que o piloro assume por si mesmo. A indução termina quando sua mão não for mais levada à rotação.

DUODENO

Os duodenos superior e descendente podem ser manipulados para estirar a região antro-pilórica, que frequentemente se encontra aderida após úlceras. Uma técnica direta com o paciente sentado se inicia com aplicação de pressão subcostal. Posicione os dedos ligeiramente à direita da linha média a dois dedos de distância da margem costal. Vá o mais fundo possível e leve os dedos para cima contra a lateral inferior do fígado. Isso comprime a dobra entre o duodeno superior e descendente contra o fígado. Mantendo essa posição, puxe o paciente para uma posição curvada para trás. Desse modo, cria-se um estiramento vertical longitudinal do duodeno superior e descendente. Esse alongamento é doloroso em caso de haver restrição. Após cinco a seis repetições, a dor desaparece. Executa-se a técnica do rebote pela liberação rápida após ter pressionado com os dedos o duodeno superior e descendente sob o fígado.

A mesma técnica usada para o piloro (em decúbito lateral direito), pode ser usada para o duodeno superior e descendente. No entanto os dedos se movem da interseção do

duodeno superior e descendente na direção do duodeno descendente e inferior.

Esfíncter de Oddi

O esfíncter de Oddi, outra área altamente reflexogênica, sempre se encontra aderido em lesões de estômago ou duodeno. Ele pode ser encontrado dentro do duodeno descendente posterior inferiormente, dois a três dedos acima do umbigo e ligeiramente à direita. Ele pode ser atingido através do duodeno descendente, e pode ser manipulado transversalmente em associação a este órgão ou por compressão/rotação diretas. Para a técnica da compressão/rotação, exerça pressão profundamente com o pisiforme na projeção anterior do esfíncter, acompanhada de rotações horárias e anti-horárias, até se atingir a máxima pressão. Nesse ponto, faça o pisiforme (ou a eminência tenar), deslizar medialmente e lateralmente. Complete a técnica com rebote e depois indução. De novo, se a liberação estiver demorada, recorra à ajuda de outras zonas reflexo-gênicas.

INDUÇÃO

Por serem as diferentes estruturas dessa região tão intimamente relacionadas (particularmente as diferentes partes do estômago, o duodeno e o esfíncter de Oddi), uma restrição em uma área geralmente afeta as outras. Essa é uma situação onde uma indução geral é particularmente útil. A indução geral é costumeiramente executada com o paciente na posição sentado, a mão esquerda posicionada na margem costal esquerda contra os ligamentos gastro-frênicos, e a mão direita sob o fígado próxima à junção do duodeno superior e descendente. Permita ao corpo se mover como em uma forma exagerada de Ausculta Geral e ele manipulará a si próprio em conjunto com a pressão manual.

OBSERVAÇÕES

Como uma abordagem geral, gosto de iniciar com o esfíncter de Oddi, então o piloro e cárdia, em função de suas propriedades reflexogênicas. Então eu manipulo o estômago em seus três planos e, por fim, o duodeno. Como mencionado no início do capítulo, a manipulação do estômago deve sempre estar associada à do fígado (Capítulo 5). Não se esqueça do ligamento triangular esquerdo, que frequentemente colabora na restrição de movimentos do estômago.

Ao final, ausculta o cárdia e piloro. Ambos dever ter uma rotação horária na Ausculta Local, isto é, estarem abertos. Se não for este o caso, trate (por indução) aquele que se mover em sentido anti-horário e verifique ambos de novo. Repita a operação até que ambos estejam na direção horária. Se isto não ocorrer, algum procedimento fora esquecido em relação ao estômago. O uso dessa técnica garante que todo o estômago estará funcionando bem ao final do tratamento.

Recomendações

Sempre proceda às manipulações do estômago com cautela. Em presença de espasmo muscular ou irritação da mucosa, a irritação pode agravar-se, o que ativará os mecanismos de defesa do paciente.

O estômago e a vesícula são intimamente relacionados por terem inervações compartilhadas. Surpreendentemente, podem aparecer problemas na vesícula após uma manipulação bem sucedida do estômago, ou aquela melhora na funcionalidade da vesícula vir acompanhada por um novo problema de estômago, e assim por diante. Isso ressalta a importância de se tratar essas estruturas em conjunto.

Deve-se ser cauteloso ao tratar o estômago, pois 30% das úlceras são assintomáticas. Tumores gástricos são facilmente confundidos com úlceras. Sobretudo, esteja atento a

adenopatias da cervical e supra-clavicular, pressão sistólica baixa, síncope inexplicáveis curtas, ou dilatação do fígado ou baço, pois podem indicar patologias mais sérias.

Relações Emocionais

Gênero

O estômago é o órgão da "masculinidade", mesmo que certas mulheres possam ser relativamente masculinas. As estatísticas são impressionantes: problemas estomacais são muito mais comuns em homens que em mulheres. São especialmente comuns em homens jovens.

Aparência e Ambição

Úlceras de estômago ocorrem com mais frequência em homens jovens, que estão lidando com sua posição na vida e querem obter sucesso. São eles contra a sociedade ou contra os outros; eles ainda não confrontaram a si mesmos. Têm que se auto-afirmar e atingir um certo status profissional.

Agressão

Quando externalizada, a agressão pode resultar em violência; quando internalizada, resulta em problemas internos (violência contra si mesmo). Dores de estômago ocorrem mais frequentemente em casa, à noite ou nos fins de semana. Nesse ponto a atividade simpática é liberada e substituída pela atividade do nervo vago.

Culpa

Essas pessoas frequentemente se sentem culpadas em relação a suas famílias, que ne-

gligenciam um pouco em favor de suas ambições profissionais. Eles não tentam expressar esse problema conscientemente. Ao invés disso, trabalham nele inconscientemente e agem com um conflito interno profundo.

Conselhos ao Paciente

Aconselhe os pacientes com problemas estomacais a evitarem roupas e cintos apertados e se posicionarem por muito tempo com os braços no ar. Para compensar a acidez estomacal, muitos pacientes bebem grande quantidade de leite. No início, isso ajuda a aliviar a dor. Posteriormente, no entanto, o fígado e intestinos podem pagar caro por essa melhora de curta duração. Por um lado, a redução da acidez estomacal reduzirá a digestão que ocorre no órgão (dai, aumentando a carga nos intestinos delgado e grosso). Por outro, muitas pessoas sofrem de alergias ou sensibilidade ao leite, o que impõe uma carga ao fígado.

O açúcar ingerido com o estômago vazio (particularmente ao final da tarde), é muito irritante à mucosa gástrica. Laranjas também são pouco toleradas à tarde. Os efeitos de alimentos ácidos dependem do estado da secreção ácida do estômago. Quanto mais o estômago secreta, menos tolera esses alimentos, ao passo que pode precisar deles em caso de hipocloridria.

O álcool e o tabaco não são bons amigos do estômago. Mas de quem eles são amigos, afinal de contas? Sou menos dogmático no que se refere ao café. Este algumas vezes ajuda a evacuação estomacal estimulando a atividade da musculatura lisa. No entanto, os efeitos danosos a longo prazo da cafeína e outros componentes do café são inegáveis.



CAPÍTULO 5

O Fígado

■ CONTEÚDO DO CAPÍTULO

Fisiologia e Anatomia	81
Patologia	83
Sinais Clínicos Gerais	83
Hepatite	84
Sintomas e Etiologia	84
Cirrose	85
Alcoolismo	85
Biliar	86
Outros Distúrbios.....	86
Hipertensão Portal.....	86
Infiltração Lipídica.....	86
Hepatoma	87
Fatores Associados	87
Contraceptivos Orais	87
Dieta	87
Dores Articulares.....	88
Aspectos Vasculares.....	88
Problemas Mentais	88
Problemas de Pele	88
Outros Sinais Clínicos	88
Diagnóstico	89
Exame Inicial	89

Avaliação dos Sintomas	90
Palpação	91
Diagnóstico Osteopático.....	92
Ausculta Geral.....	92
Ausculta Local: Diagnóstico Diferencial.....	92
Fígado	92
Testes de Ausculta Diferencial para o Fígado	92
Teste de Adson-Wright.....	94
Manipulação Diagnóstica	95
Inibição	95
Agravamento/Alívio.....	95
Elevação	96
Restrições Esqueléticas Associadas	96
Tórax.....	96
Coluna Cervical.....	96
Periartrite Glenoumeral	96
Diafragma	97
Ciática	97
Membros Inferiores.....	98
Tratamento.....	98
Tratamento Local	98
Rebote	98
Técnicas Indiretas.....	99
Técnicas Combinadas.....	101
Tratamento Viscoelástico	102
Indução	102
Estratégia de Tratamento.....	102
Relações Emocionais.....	103
Eu Real.....	103
Propósito de Vida.....	103
Singularidade da Vida	104
Relacionamento com a Mãe.....	104
Depressão	104
Raiva	104
Frustração.....	104
Medo	104
Recomendações	104

5 / O Fígado

O FÍGADO É um órgão grande com uma reputação de ser relativamente inacessível. Ele é protegido pela caixa torácica; seu limite anteroinferior não costuma ir além da margem costal inferior em adultos, embora em crianças possa se estender 2 a 3cm abaixo dessa margem. Graças a técnicas subcostais (*Manipulação Visceral I*, pág 74-76), não é difícil a manipulação do fígado. Os alunos sempre se surpreendem ao serem capazes de posicionar as mãos sob o fígado e elevá-lo. Este órgão desempenha uma impressionante variedade de funções para o sistema circulatório e digestivo, e é, infelizmente, alvo de uma variedade correspondente de restrições e disfunções.

Dependendo de sua crença médica ou filosofia, o fígado pode estar envolvido em todas as patologias ou em nenhuma. Alguns ditos curandeiros efetivamente publicaram declarações dizendo que "problemas de fígado" não existem, e que os distúrbios comumente atribuídos ao fígado são apenas folclore. No entanto, aqueles de nós que trabalham com pacientes diariamente e prestam atenção ao fígado, sabem que este desempenha um papel central e crucial na saúde, e no diagnóstico e tratamento da doença.

Fisiologia e Anatomia

O fígado está em contato e é moldado pela maioria dos órgãos sub-diafragmáticos: a flexura hepática do colo, extremidade direita do colo transversal, rim direito, duodeno superior, junção gastroesofágica, e estômago. Ele tem também relação próxima com o peritônio, pleura, mediastino, pericárdio, e importantes vasos sanguíneos que atravessam o diafragma.

Muitos distúrbios hepáticos se devem ao fato de o fígado ser muito pesado. Seu peso médio é provavelmente por volta de 1,5Kg, mas pode variar consideravelmente dependendo da idade, ciclo digestivo, histórico médico, etc. Na verdade, em função da atração exercida pelo diafragma (*Manipulação Visceral I*, pág 57), o peso efetivo do fígado é provavelmente em torno de 400g.

O fígado é altamente vascularizado, e pode processar até 1,5 litros de sangue por minuto. Essa quantidade de sangue parece exacerbar ainda mais a questão do peso. Na verdade, a influência "magnética" das pressões diafragmáticas é reforçada por dois fenômenos circulatórios: uma força vinda de trás (a força propulsora do sangue vindo do

coração), e outra vinda da frente (a força aspiratória do sangue deixando o fígado enquanto flui através da veia cava para o coração). Essas forças da circulação venosa contribuem para empurrar o fígado para cima contra o diafragma caso o coração, vasos sanguíneos, etc. estejam funcionando normalmente.

A circulação dentro do fígado, que normalmente reforça a atração diafragmática, pode se tornar um obstáculo caso o fígado não esteja sincronizado com o diafragma ou esteja congestionado. Como discutido previamente (Capítulo 4), a pressão imediatamente abaixo do diafragma é negativa em relação à pressão mais abaixo no abdome. Se o fígado estiver levemente prolapsado (mesmo poucos milímetros), mais pesado por congestão, ou aderido a estruturas vizinhas, a atração diafragmática não pode exercer sua função propriamente. O peso do fígado pode então tornar-se danoso, aumentando sua probabilidade de separação do diafragma.

As forças vindas de trás e da frente perdem sua efetividade e o fígado se torna congestionado. A estase circulatória afeta os senóides do fígado e suas conexões anastomóticas com a veia cava (ver abaixo), e todo o sistema circulatório do paciente fica comprometido. Você pode ter observado que em pacientes com disfunções hepáticas, o lado direito é pesado e a respiração fica comprometida, o que não é o caso em disfunções gástricas.

O funcionamento mecânico correto do fígado depende de:

- pulmões e pleura saudáveis
- diafragma com tônus e elasticidade
- conexões ligamentosas extensíveis
- elasticidade do fígado propriamente dito
- posição subdiafragmática correta
- elasticidade dos vasos sanguíneos hepáticos
- coração saudável

- coluna vertebral livre de qualquer restrição
- hábitos alimentares saudáveis

Num adulto, o simples fato de um profissional ser capaz de palpar facilmente o fígado na posição supina, indica a existência de hepato-megalia ou prolapso. Não é fácil diferenciar entre a hepatomegalia e um fígado prolapsado. Prolapso, também conhecido como fígado caído, significa que o fígado não está aumentado, mas meramente mais abaixo que o normal. Prolapso hepático é raro. Estes podem ser encontrados após trauma grave ou durante toxicidade hepática onde seu peso real aumenta. Para verificar a possibilidade de prolapso, faça o paciente inalar profundamente e prender a respiração. Então faça percussão na região do fígado. O som oco do fígado poderá ser ouvido abaixo da posição normal. Normalmente, na percussão, o som aparecerá no quarto ou quinto espaço intercostal. Em caso de prolapso, ele pode não aparecer até o sexto ou mesmo sétimo espaço intercostal. Além disso, observamos que um fígado prolapsado tem mobilidade vertical de 2cm à palpação na posição sentado, enquanto a mobilidade normal nessa posição não passa de 1cm. Como tenho mencionado, a osteopatia está mais preocupada com a mobilidade de um órgão que com sua posição. A simples detecção de um prolapso não é suficiente; ele está caído e móvel ou caído e imóvel? A diferença é significativa.

O fígado desempenha um papel indispensável na produção da bile, formação de proteínas do plasma, fagocitose das células gastas do sangue, e metabolismo ou armazenamento de nutrientes e toxinas do aparelho digestivo. A inervação do fígado se dá principalmente pelo nervo vago esquerdo, plexo celíaco, e nervo frênico direito. Não vou tentar descrever a fisiologia hepática em detalhes aqui; esse é um assunto tremendamente complexo, e minha proposta se limita à Manipulação Visceral e osteopatia. Irei, no entanto, salientar alguns pontos relevantes à função e patologia apresentada mais tarde nesse capítulo.

O fígado contém por volta de 300 bilhões de hepatócitos e tem uma pressão secretora acumulativa de 30cm H₂O. A secreção biliar não é uma ultra-filtragem simples, mas um processo ativo. Células individuais do fígado duram de 300 a 500 dias e consistem de aproximadamente 60% de hepatócitos parenquimáticos, sendo o resto constituído em sua maioria de células Kupffer (células fagocíticas fixas encontradas nos senóides) e células de função estrutural.

O fígado é capaz de acumular e distribuir 1,5 litros de sangue por minuto, sendo 70% do volume vindo da veia porta. Esta última tem 8cm de comprimento e 1,5cm de largura, e trás para o fígado os nutrientes absorvidos pelo intestino delgado, estômago e intestino grosso. O sistema portal se comunica com a veia cava inferior através de quatro grupos de anastomoses: esofágica, retal, umbilical e peritoneal. O equilíbrio entre o fluxo na veia porta, artéria hepática, veias supra-hepáticas, juntamente com a resistência vascular, mantém o sistema portal em baixa pressão.

Existe um sistema complexo de capilares biliares e dutos intra-hepáticos que se fundem e deixam o fígado como dutos hepáticos esquerdo e direito. Estes se combinam para formar um duto hepático comum, que por sua vez se une aos dutos císticos da vesícula para formar o duto biliar comum que desemboca no duodeno. Ao liberar restrições desses vários dutos, e estirar os tecidos conectivos vizinhos, ocorre uma melhoria no trânsito biliar. Em vista da grande quantidade de sangue circulando através do fígado, bem como a quantidade de bile excretada, a restauração dessa elasticidade é claramente importante.

Patologia

Os fatores que podem perturbar as funções mecânicas do fígado são de origem hepática, extra-hepática ou geral.

Existem muitos fatores mecânicos extra-hepáticos possíveis. Alguns exemplos

comuns são cicatrizes ou esclerose dos pulmões e pleura, e hipotonia ou fibrose do diafragma. As cicatrizes causam adesão do fígado aos órgãos adjacentes após, por exemplo, colecistectomia, ou mesmo apendicectomia (que aumenta a tensão no colo ascendente e portanto desestabiliza a parte lateral do fígado).

Fatores hepáticos incluem efeitos de várias substâncias tóxicas incluindo álcool e certas drogas e alimentos. Infecções como hepatite viral podem também fazer com que o fígado perca sua elasticidade natural. A presença de tecido hepático fibroso anormal dificulta a boa circulação e distribuição ótima de pressões.

Vários distúrbios corporais gerais podem interferir na mobilidade hepática e circulação. Por exemplo, a hipertrofia do ventrículo direito pode interferir na mobilidade hepática e circulação. A tosse associada à bronquite crônica ou asma, em função do efeito da pancada mecânica e as enormes pressões que cria, é uma fonte de distúrbios mecânicos hepáticos. Depressão, gravidez, parto, vida sedentária, e demandas ocupacionais são outros fatores comumente envolvidos.

SINAIS CLÍNICOS GERAIS

Inicialmente, no início de sua carreira, a anamnese é muito importante. Em última instância, serão as respostas de seus pacientes que levarão ao diagnóstico. À medida que adquire experiência, você se torna mais e mais confiante em suas percepções palpatórias de modo que o tempo gasto com o paciente estará mais voltado para o tratamento e menos para a anamnese, o que é de grande benefício para o paciente. Não devemos negligenciar a anamnese. Mas lembre-se, esta deve ser curta e objetiva, e não deve restringir seu diagnóstico final da condição do paciente.

Pode-se pensar que um osteopata verá apenas problemas funcionais. Algumas vezes, no entanto, somos os primeiros a detectar

uma doença séria, ou porque não foi vista no exame médico ou porque o paciente nos procura primeiro. Nessa seção, irei descrever algumas doenças hepáticas sérias e sintomas específicos que você deverá aprender a reconhecer como "alerta vermelho".

HEPATITE

Existem vários tipos. A *hepatite tipo A* afeta principalmente crianças e jovens adultos. A contaminação acontece através da água, leite, e frutos do mar, e aparentemente a maioria das pessoas são expostas a este tipo. O período de incubação é de 30 dias e a doença, se tratada adequadamente, geralmente não apresenta grande perigo. Ela pode, no entanto, deixar o paciente com hipersensibilidade hepática e grande fadiga. A *hepatite tipo B* é transmitida através do sangue (e seus derivados), esperma, ou saliva. Esse tipo tem se tornado mais frequente. É mais séria que a tipo A e leva a uma condição crônica em 50% dos casos. Alguns pesquisadores acreditam que ela possa favorecer o aparecimento de neoplasias do fígado.

A *hepatite tipo C* é transmitida através do sangue (e seus derivados), esperma, ou saliva. Este tipo de hepatite está se espalhando rapidamente pelo mundo. Em países desenvolvidos ela afeta principalmente usuários de drogas intravenosas que compartilham agulhas infectadas. É uma doença muito mais séria que a hepatite tipo A e pode causar neoplasias do fígado. Na França, inúmeros pacientes a contraíram através de procedimentos cirúrgicos, transfusões de sangue e endoscopias. Ela se desenvolve lentamente e aumenta as chances do paciente contrair câncer de fígado.

Além disso, existe a *hepatite tipo D* (também conhecida como agente delta), que ou co-infecta junto com o tipo B ou super-infecta um portador crônico dessa doença, tornando a infecção mais séria e acelerando a destruição do fígado. Por fim, alguns casos de hepatite parecem não pertencer a nenhum dos dois tipos comuns e são

referenciados como *hepatite não-A não-B*. Essa forma é transmitida de maneira similar ao tipo B e constitui uma porcentagem muito grande dos casos de hepatite relacionados à transfusões nos Estados Unidos.

Sintomas e etiologia

Na hepatite, as células hepáticas são modificadas e necrosadas, enquanto a rede reticular se mantém intacta durante o período de incubação e começo da fase aguda. Ocorre estase biliar porque a bile "entope" os canaliculos biliares e também forma micro-trombos. Pródromos incluem:

- fraqueza generalizada (fadiga, anorexia)
- problemas gastrintestinais como náusea, vômito e diarreia
- distorção do olfato e paladar e aversão à comida e tabaco
- dores articulares, desconforto epigástrico, ou sensação de queimação no hipocôndrio direito.

A hepatite tipo A pode também ser caracterizada por febre de 39 a 40°C, sintomas de gripe, tosse, coriza, faringite, dolorimento muscular, fotofobia, urina escura (devido à bilirrubina), fezes descoloradas, coceira intensa, ou aumento e sensibilidade do fígado.

Em qualquer tipo de hepatite, uma fase icterica ou de pele amarelada pode ocorrer após seis semanas. Nesta fase, ocorre perda de 3 a 5Kg, as fezes escurecem; o clímax da doença ocorre durante a segunda semana, e o fígado fica aumentado e dolorido (isso reduz em 15 dias). Em 20% dos casos encontra-se ainda, adenopatia cervical posterior e esplenomegalia.

Quando não ocorre amarelidão (hepatite não icterica), a doença pode ser caracterizada por febre, problemas no trânsito intestinal, gastroenterite, infecções respiratórias (em crianças), hepatomegalia, dor hepática na palpação, e anorexia. Infelizmente, qualquer um ou todos esses sintomas podem estar ausentes. A hepatite não icterica pode

ser confundida com influenza, gastroenterite, ou mononucleose (que causa adenopatias sérias e dolorosas, faringite e esplenomegalia).

Na *hepatite crônica persistente*, que consiste aproximadamente em 10% dos casos, a hepatomegalia pode durar vários anos. A função normal do fígado ocorre intermitentemente. Através de biópsia pode-se observar infiltração mononuclear, ligeira fibrose portal, e degeneração dos hepatócitos.

Na *hepatite induzida por drogas*, o fígado é hipersensível a certos químicos ou drogas. Respostas imunológicas estão aparentemente envolvidas nesses casos, que são frequentemente caracterizados por dores articulares, coceira intensa e febre. O fígado é geralmente sensível a testosterona e estrógeno, e tem-se sugerido que suas funções excretoras ficam reduzidas por contraceptivos orais. Os barbitúricos são conhecidos por sua toxicidade hepática, mas isso se deve mais à interação medicamentosa ou à pessoa, que do medicamento em si (a menos que ingerido em doses enormes). Por exemplo, algumas pessoas são capazes de tolerar grandes doses de fenobarbital, enquanto outras adoecem com uma quantidade muito pequena. Enfermidades semelhantes à hepatite podem também ser causadas por vírus (Epstein-Barr, citomegalovírus, etc.), álcool, hipotensão, ou distúrbios do trato biliar.

A *hepatite crônica ativa* se segue a ou resulta de uma hepatite aguda, intoxicação por drogas, ou perturbação imunológica. É uma doença hepática progressiva, inflamatória e destrutiva, atacando, em sua maioria, adolescentes e mulheres jovens, o que leva à fibrose, necrose e, por fim, cirrose. Seus primeiros sintomas (fadiga, acne) não são muito notáveis, mas são seguidos por amarelidão, febre, diarreia, amenorréia, dores abdominais e articulares, hepatomegalia, esplenomegalia, e angiomas de Spider. A dor ocorre nas articulações mais significativas, e é comumente o sintoma que leva o paciente a buscar tratamento.

CIRROSE

A cirrose pode resultar de várias patologias de longa duração que afetam o fígado, ex., hepatite, cirrose biliar, mal de Wilson (degeneração hepatolenticular), falência cardíaca congestiva crônica, ou esquistossomose. Características histológicas da cirrose incluem redução no número de hepatócitos, destruição e fibrose do sistema de suporte reticular, e anomalias na camada vascular. Sintomas clínicos gerais incluem amarelidão, edema ou ascite, distúrbios de coagulação, hipertensão portal com veias varicosas gástricas e esofágicas, esplenomegalia, encefalopatia e caquexia.

Alcoólica

A cirrose alcoólica (também conhecida como cirrose de Laënnec), é o tipo comum no mundo industrializado. Resultado de consumo excessivo e crônico de álcool, causa esclerose fina e difusa do fígado, bem como perda de densidade, perda progressiva de hepatócitos, e infiltração de gordura. Várias áreas pequenas saudáveis ou com parênquima regenerado podem persistir e formar nódulos. Os sintomas clínicos podem incluir alguns (mas não necessariamente todos) a seguir: fadiga generalizada, anorexia, perda de peso, hepatomegalia e esplenomegalia, abdome distendido, edema nos tornozelos, atrofia muscular, perda de cabelo, pele pigmentada, atrofia testicular, ginecomastia, distensão das glândulas parótida e lacrimal, deformidade nos dedos com arredondamento das unhas, eritrose palmar, contratura de Dupuytren, amarelidão, angiomas de Spider, púrpura, e encefalopatia hepática com confusão.

Outras cirroses existem, incluindo cirrose cardíaca, cirrose metabólica, e formas que se desenvolvem após doenças infecciosas como brucelose e esquistossomose. No entanto, não estou tentando substituir aqui um manual de medicina interna. Descreverei um tipo adicional que é relativamente frequente.

Biliar

Cirrose biliar resulta de disfunção na excreção da bile, com evidência histológica de destruição de hepatócitos ocorrendo em torno dos dutos biliares intra-hepáticos. É frequentemente assintomática. Aproximadamente 90% dos casos sintomáticos ocorrem em mulheres entre os 35 e 60 anos. Podemos diferenciar a cirrose biliar primária e secundária. A forma primária envolve colestase crônica (parada na excreção de bile), aparentemente sob influência parcial dos hormônios femininos. A forma secundária envolve a obstrução dos dutos biliares principais (por pedras vesiculares, tumores, estrangulamento pós-operatório, etc.).

A obstrução dos dutos biliares extra-hepáticos na cirrose biliar causa inúmeros efeitos secundários, incluindo estase biliar centrolobular, degradação ou necrose dos hepatócitos, proliferação e dilatação dos dutos e canais, e inflamação dos dutos biliares com infiltrações. Os depósitos de colesterol aumentam, e a fissura portal se dilata em função de edema e se torna fibrosada. A bile pode acumular formando poças de bile. O fígado muda de cor para amarelo e verde e, com a progressão da doença, se torna nodular.

Os sintomas clínicos da cirrose biliar podem incluir:

- hepatomegalia, amarelidão progressiva e prolongada
- urina escura, coceira intensa, diarreia e esteatorréia
- púrpura, xantelasma, ou xantomias cutâneas
- má absorção de vitaminas lipossolúveis, levando à cegueira noturna (vitamina A), dermatite (vitamina E e/ou ácidos graxos essenciais), dores nos ossos e osteomalacia (vitamina D), ou ruborização facilitada (vitamina K).

OUTROS DISTÚRBIOS

Hipertensão portal

Essa condição geralmente resulta da cirrose, ou obstrução mecânica da veia porta devido à trombose ou proliferação de tumor. Leva ao aparecimento de uma circulação venosa colateral, que por sua vez pode causar hemorróidas, ou veias varicosas na região gastroesofágica, espaço retro-perineal, ligamentos teres (ligamentos arredondados do fígado), ou região periumbilical (nesse último caso produzindo mancha rosácea venosa [*caput medusae*] em torno do umbigo).

As principais complicações da hipertensão portal incluem (1) ruptura das veias varicosas no fundo gástrico e baixo esôfago, com hematêmese profusa ou melena; e (2) encefalopatia hepática.

Uma vez, em uma enfermaria pulmonar, presenciei um caso de ruptura das veias varicosas esofágicas por tosse. O paciente perdeu, aparentemente, um litro de sangue que se projetou até o teto, devido às forças combinadas da tosse e veias varicosas. Casos dramáticos como este são raros; os mais comuns são de ligeira hipertensão portal funcional.

O mecanismo da encefalopatia hepática não é bem entendido. No entanto, uma vez que a amoniemia (concentração excessiva de amônia no sangue) é algumas vezes associada à encefalopatia, acredita-se que a amoniemia desempenhe um papel importante. Na amoniemia, os nitratos (primariamente proteínas) absorvidos no intestino não são metabolizados pelo fígado antes de serem devolvidos à circulação geral, e o paciente deve ser advertido a limitar drasticamente a ingestão de proteínas.

Infiltração lipídica

A hepatomegalia leve observada nessa condição se deve à infiltração nos hepatócitos de gorduras, triglicerídeos, fosfolipídios e

colesterol. Essa degeneração gordurosa pode levar a dores abdominais, dispepsia, ou anorexia. O fígado está aumentado e rígido à palpação. A infiltração de lipídeos pode resultar do alcoolismo, diabete, obesidade, colite ulcerativa, pancreatite, insuficiência cardíaca, ou agentes hepatotóxicos como o DDT, fósforo, verniz e tinta.

Hepatoma

Os hepatomas (tumores de fígado) podem ser primários ou secundários. Tecnicamente, os hepatomas se desenvolvem a partir dos hepatócitos, e os colangiomas dos dutos biliares, mas esses dois tipos de carcinomas são comumente encontrados juntos. Hepatomas são de 2 a 4 vezes mais comuns em homens que em mulheres. A incidência dessa doença é razoavelmente baixa na Europa e América, mas um tanto alta na África e Ásia. Por volta de 70% dos pacientes com hepatoma também sofrem de cirrose. Os sintomas de hepatoma incluem dor moderada epigástrica e no hipocôndrio direito, som de fricção ou murmúrio sobre o fígado, perturbações metabólicas, ascite, e hemoperitôneo. A amarelidão não é comum.

Os tumores secundários são vinte vezes mais comuns que os primários. Os depósitos metastáticos dos tumores primários localizados em alguma outra região tendem a aparecer no fígado devido a sua função de processamento e fornecimento duplo de sangue (isto é, artéria hepática e veia porta). Todos os tipos de cânceres (exceto tumores cerebrais primários) podem causar metástase no fígado. Os sintomas podem incluir:

- os mesmos do tumor original
- fadiga, perda de peso, febre, sudorese, anorexia
- sintomas de lesão hepática, ex., hepatomegalia, esplenomegalia, fígado duro e dolorido, ou som de fricção no fígado.

FATORES ASSOCIADOS

Nessa seção, discutirei brevemente alguns fatores associados de interesse clínico nos distúrbios hepáticos.

Devo enfatizar que a intensidade da dor não indica necessariamente a gravidade da doença. Com hepatomas, por exemplo, a dor hepática é moderada no começo e pode ser leve quando o paciente vem para a consulta.

Muitas pessoas desenvolvem hepatite sem estar cientes disso. Ficam sabendo durante exame físico de rotina ou problema funcional debilitante como fadiga, depressão, ou hipotonia severa. A hepatite contínua, de alguma forma, sendo uma doença mal entendida, particularmente no que se refere à sua relação com a mente. Por exemplo, pode-se ter uma doença estomacal e mater um alto grau de concentração mental e psicológica; isso não é verdade para a hepatite, mas as razões são desconhecidas. Muito frequentemente na osteopatia, encontramos restrições graves (aderências reais) no fígado. Acredito que a hepatite e/ou colapso nervoso são frequentemente os responsáveis por este fenômeno.

Contraceptivos Orais

Na literatura médica especializada, pode-se encontrar com freqüência menção aos possíveis danos causados por contraceptivos orais ao fígado. Podem levar à colestase hepática com ou sem sintomas como coceira intensa, amarelidão e urina escura. Pacientes que sofrem de amarelidão idiopática recorrente ou coceira intensa durante a gravidez, têm maior risco de desenvolver hepatotoxicidade por contraceptivos orais. Durante a gravidez, náuseas e vômito se devem, entre outras causas, a altos níveis de estrógeno que reduzem a capacidade excretora do fígado.

Dieta

A dieta desempenha papel primário no metabolismo hepático. É sabido que muitos

alcoólatras conseguem esconder sua dependência até mesmo de seus familiares e amigos próximos. As mulheres usam maquiagem para ocultar os estragos externos do alcoolismo. Elas, mais comumente que os alcoólatras masculinos, desenvolvem dores articulares que são difíceis de tratar. Para pacientes de ambos os sexos que têm um fígado sensível, os sistemas muscular e ligamentar geralmente se beneficiarão de uma dieta restrita em proteínas e gorduras. Essa recomendação se baseia em minhas observações de que, pessoas que evitam carnes e queijos têm, em geral, menos problemas hepáticos, bem como menos problemas de coluna. Talvez seja porque a dieta tenha um papel determinante no nível de ácido úrico no corpo. Um alto nível de ácido úrico é danoso tanto para o fígado quanto para as articulações.

Dores nas Articulações

Este sintoma é muito comum em lesões hepáticas e é um dos muitos exemplos da ligação entre distúrbios viscerais e músculo-esqueléticos. Lembro-me de uma paciente que sofria de dor no joelho direito que fui incapaz de tratar com sucesso a princípio. A dor no joelho se curou espontaneamente por três anos, e então voltou com maior severidade. A paciente estava sofrendo uma recaída de hepatite tipo B, que ela não revelara a princípio. A recaída, associada à uma pequena torção banal do joelho, trouxeram a dor de volta. O tratamento osteopata ajudou temporariamente, mas quando a paciente parou de ingerir álcool, a dor desapareceu permanentemente em dois meses. Gostaria ainda de mencionar a periartrite glenoumeral direita que, exceto em caso de raro trauma direto, é geralmente reflexo de uma disfunção hepatobiliar, discutida abaixo.

Aspectos vasculares.

O fígado é uma peça importante do sistema circulatório, e acredito que uma manipulação

externa do fígado afeta a circulação. O sistema circulatório responde ao estímulo dos receptores mecânicos e de pressão através do sistema nervoso, e ao estiramento direto do tecido perivascular (que frequentemente perdem sua elasticidade quando lesados).

Problemas Mentais

Diante de sérios problemas do fígado, existe o risco de encefalopatia hepática, que pode causar sérios problemas comportamentais. Além dessa patologia séria, existem problemas mentais mais leves que podem ser induzidos pela colestase. O paciente hepático se encontra frequentemente deprimido e fadiga com facilidade, não necessariamente na proporção da severidade da doença. O tratamento bem sucedido do fígado pode aliviar esse tipo de depressão. A medicina oriental postula uma conexão entre o fígado e a mente. Pode esta conexão ser devida primariamente à amoniemia? Problemas emocionais típicos relacionados ao fígado são discutidos em maiores detalhes ao final deste capítulo.

Problemas de Pele

Disfunções do fígado têm um efeito muito rápido na pele; xantomias, xantelasmas e acnes são sintomas frequentes. É portanto importante observar a pele do paciente enquanto procede ao exame físico. Por essa razão, é útil que o paciente dispa-se o mais possível.

OUTROS SINAIS CLÍNICOS

No diagnóstico de disfunções hepáticas, a observação é muito importante. Em restrições hepáticas, o paciente se posiciona curvado à frente e à direita para relaxar a tensão das membranas periepáticas. Existem outros sinais de problemas funcionais que não ameaçam a vida do paciente, mas que são suficientes para impedir uma qualidade de

vida decente. Os mais importantes desses sintomas são:

- dependência hormonal na digestão (em mulheres)
- hipertermia noturna (por volta de 2 da manhã para o fígado e 4 da manhã para a vesícula) que é geralmente acompanhada de desconforto em decúbito lateral direito
- sensação de peso no hipocôndrio, com dor na parede do peito, do lado direito
- fotofobia experienciada uma a duas horas após as refeições (quando o fígado trabalha ao máximo)
- inchaço e rubor facial, primariamente do lado direito, durante o mesmo período
- dor de cabeça bilateral, geralmente acompanhada de dor no pescoço
- sinusite crônica, sínus irritado ou sensível, olfato anormalmente aguçado
- hipersensibilidade do globo ocular, aumento da pressão intra ocular
- hipersensibilidade do couro cabeludo
- leve desequilíbrio e dificuldade na mudança de posição
- vertigem que é mais intensa em certas horas do dia (ao acordar, ao final da tarde, na hora de dormir)
- língua áspera, mal hálito
- pele oleosa, cabelo oleoso, e queda de cabelo
- sono que não satisfaz, dificuldade em acordar, exaustão matinal que se prolonga ao longo do dia.

Existem algumas semelhanças aos distúrbios do estômago, particularmente em relação ao sono e fadiga. No entanto, o estômago parece afetar a energia mais superficial. Por exemplo, pode haver exaustão matinal em distúrbios estomacais, mas estes se dissipam ao longo do dia.

Diagnóstico

Exame Inicial

Durante o exame inicial, as respostas do paciente às suas perguntas são muito importantes. Os gastroenterologistas acreditam que a maioria das pessoas sofreram, em algum momento, de hepatite tipo A. Além disso, os outros tipos de hepatites (veja acima) estão se tornando mais comuns devido a sua associação a drogas e doenças sexualmente transmissíveis. O efeito de qualquer forma de hepatite no fígado é permanente.

Em casos hepáticos, o questionário deve abranger cada um desses fatores: (1) Antecedentes hepáticos pessoais, familiares ou hereditários. (2) Tempo de permanência em países do terceiro mundo (isto é, risco de amebíase, malária, ou outras doenças parasitárias). No entanto, esteja ciente que parasitas podem ser contraídos em países industrializados também. Deve-se suspeitar de doenças parasitárias em pacientes que constantemente coçam o nariz, ânus e olhos. (3) Tendência à hemorragia (nasal, equimótica, ou hemorroidal). (4) Possíveis fontes de toxinas (como químicos, drogas ou álcool). Estaja particularmente alerta a pacientes alcoólatras que tentam ocultar o vício. O alcoolismo se espalha por todas as classes sociais e atinge tanto homens quanto mulheres. (5) Hábitos sexuais e alimentares.

Em minha opinião, não há muito sentido em se tratar de pessoas que se envenenam diariamente com álcool, cigarros, drogas, ou alimentos não saudáveis, pois tais pessoas não estão dispostas a empreender o trabalho necessário para se ajudarem. Não se iluda com a eficácia do tratamento para essas pessoas; geralmente os efeitos benéficos durarão apenas alguns dias. É similarmente difícil o tratamento de pacientes com doenças sexualmente transmissíveis ativas. Essas doenças afetam o fígado e quando se tenta, através da manipulação, induzir a auto-cura, a resposta não pode ser efetiva porque toda a energia

está sendo usada contra as conseqüências da doença. Acredito que nesses casos é melhor que o paciente se submeta a tratamento de desintoxicação apropriado antes de iniciar tratamento com manipulação. Frequentemente as pessoas sofrem de doenças sexualmente transmissíveis sem saber (mais comumente *Clamídia*). Se estiver trabalhando em um caso hepático e ficar desapontado com os resultados, peça ao paciente que se submeta à exame de laboratório para determinar se ele está ou não infectado por doença sexualmente transmissível.

Avaliação dos Sintomas

Na *percussão e palpação*, o som oco da parte anterior do fígado pode se prolongar do quinto espaço intercostal à margem costal inferior. A percussão permite avaliar o posicionamento, atrofia, hepatomegalia, e sensibilidade do fígado ao toque. Com um estetoscópio, sons característicos de fricção indicam inflamação e micro-adesões das superfícies peritoneais. Isso também pode se manifestar através do movimento de alívio hepático, que produz um som crepitante característico. No fenômeno conhecido por sinal de Murphy, pressão moderada na projeção superficial da vesícula causa dor que também ocorre na inalação profunda. No entanto, uma palpação subcostal como descrita abaixo é mais precisa. Para o teste de refluxo hepato-jugular, exerça uma leve pressão no fígado e mantenha-a por aproximadamente trinta segundos. Se aparecer inchaço das veias jugulares, e então desaparecer mediante alívio da pressão, comece a cogitar de insuficiência ventricular direita. Observe a dilatação venosa abdominal com circulação colateral correspondente por compressão da veia cava inferior conduzindo a um ingurgitamento da veia porta. Casos graves de insuficiência cardíaca direita também causarão congestão e distorção do fígado.

Alguns *problemas digestivos* genéricos como anorexia, digestão lenta e trabalhosa, náusea, vômito, distensão abdominal, e lín-

gua áspera não são muito específicos para distúrbios do fígado. Sintomas mais distintos incluem:

- vômito matinal de líquido viscoso e espesso (comum em toxicidade alcoólica), regurgitações amargas
- intolerância alimentar que geralmente causa dores após ingestão de alimentos gordurosos, ovos, ou chocolate
- diarréia brusca após alimentar-se (alternância entre diarréia e constipação são comuns na má evacuação biliar, pedras na vesícula ou neoplasia intestinal)
- descoloração sistemática das fezes (acinzentada, cinzas ou cinza-amarelada), que significa excreção biliar inadequada, devido à diminuição ou falta de esterco-bilina nas fezes. Esse sintoma deve ser diferenciado das fezes gordurosas amareladas associadas à insuficiência pancreática, e as fezes espumosas amareladas relativas a problemas do colo.

Dores agudas espontâneas se devem a cólica hepática originária da vesícula ou dutos biliares comuns. Esses ataques intensos, violentos e repentinos são acompanhados por náusea, vômito, distensão abdominal, e dor hipocondríaca irradiando na direção dos ombros e costas.

Há um pequeno aumento na temperatura. O sinal de Murphy é positivo para indicar problemas de vesícula. Isso pode ser devido a colicistite, infecção dos dutos biliares, pericolecistite, pericoledocite ou uma inflamação do esfíncter de Oddi.

O diagnóstico diferencial é difícil em relação a:

- úlceras, neoplasia estomacal
- apendicite aguda (apêndice retrocecal ou sub-hepático)
- pancreatite aguda (a dor tende a irradiar mais na direção do epigástrio, a coluna toracolombar esquerda, e a articulação sacrílica esquerda)

- cólica renal direita e todos os outros problemas do rim direito acompanhados por dor na uretra, dor gênito-femural, disúria, oligúria ou anurese.

Dor monótona que não se pode localizar com precisão e portanto relativamente difícil de analisar. Pode ser referente à coluna vertebral, costelas, ombros, ou abdome, e ter várias causas possíveis. Se a dor for provocada por estresse ou consumo de alimentos como ovos, creme, carne de porco, gorduras, frituras, ou vinho branco, considere possível infecção da vesícula, ou pedras na vesícula. Infecção aguda dos dutos biliares se manifesta por dor aguda e pulsante acompanhada por aumento de temperatura. (Esses indícios também podem acompanhar hepatite aguda). A hepatomegalia se revela por sensação desagradável de peso e desconforto doloroso no lado direito, irradiando para os ombros. Congestão hepática, acompanhada de um senso de opressão, cianose, e dificuldade respiratória durante esforço, têm frequentemente origem cardíaca. Congestão passiva com retenção de líquidos tem origem cardíaca, enquanto a congestão inflamatória ativa geralmente decorre de hepatite.

Palpação

A manipulação hepática geralmente é realizada na posição sentada usando pressão

manual sub-hepática. É importante reconhecer os vários órgãos em relação ao lado de baixo do fígado, e saber como avaliar sua consistência.

Da direita para a esquerda, na parte anterior encontramos: as impressões do colo ascendente, a vesícula, o lóbulo quadrado, e as estrias do ligamento teres e o estômago. Nas costas: o rim direito, o lóbulo de Spiegel, a veia cava inferior, e o estômago (*Ilustração 5-1*). É muito difícil separar esses elementos. Após muitos anos de prática, ainda tenho problemas. A vesícula e rim direito são geralmente sensíveis à palpação.

A massa hepática é geralmente firme e lisa. A palpação hepática é normalmente indolor exceto pela vesícula, e, posteriormente, o rim direito. É essencial que se saibam os sinais patológicos distintos que podem ser sentidos por palpação hepática (Dousset, 1964):

- Uma hepatomegalia moderada porém discreta, indolor, com protuberâncias múltiplas e pequenas, pouco espaçadas é indício de cirrose, geralmente de origem alcoólica.
- Endurecimento com protuberância em forma de castanha, menos numerosa que no caso anterior, é característica de infiltrações neoplásticas nodulares.

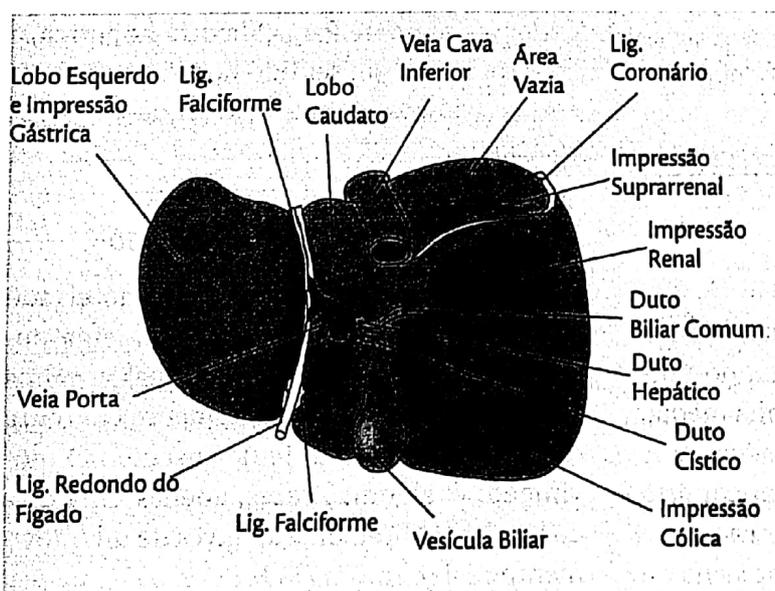


ILUSTRAÇÃO 5-1

Fígado: Superfície Inferior

- Um fígado coberto por estrias ("fígado amarrado") indica rede esclerótica típica da sífilis.
- A presença de 3 a 4 protuberâncias circulares, regulares, que parecem se agitar na palpação, indicam cisto hidático.
- Uma ou mais protuberâncias arredondadas, com mobilidade e muito dolorosas à palpação, acompanhadas de febre e alteração da condição geral, indicam abscesso no fígado.
- Uma hepatomegalia endurecida, muito volumosa, que não se move na inalação pode ser devida a um hepatoma primário.

Concluindo, se o fígado não apresenta consistência e lisura normais, ou se está dolorido fora das regiões renal e vesicular, discuta com o paciente as causas prováveis, e certifique-se de que ele se submeta a testes diagnósticos apropriados para excluir a possibilidade de câncer ou outras patologias sérias.

Diagnóstico Osteopático

AUSCULTA GERAL

Na Ausculta Geral, o paciente (na posição sentado) executa uma flexão lateral acompanhada por uma rotação muito leve à esquerda em torno do eixo que passa pela 9ª – 10ª costela à direita. Essa é também a posição mais confortável para portadores de hepatite.

AUSCULTA LOCAL: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Fígado

Ao início do diagnóstico diferencial local, a palma da mão é posicionada acima do umbigo, o dedo médio descansa na linha média, dedos levemente afastados (*Ilustração 5-2*). A palma é atraída em direção ao hipocôndrio direito, rotaciona no sentido horário e se move para cima. A eminência tenar se move

ligeiramente para dentro do abdome e em direção à margem costal direita.

Para a **vesícula**, a palma executa apenas rotação muito suave no sentido horário, enquanto o dedo indicador e eminência tenar se posicionam na linha médio clavicular-umbilical e então profundamente sob a margem costal.

Para o **esfíncter de Oddi** e a **cabeça do pâncreas**, a mão se eleva levemente de modo que a eminência tenar se move mais profundamente na linha médio clavicular-umbilical, 3cm acima do umbigo, e é direcionada em ângulo de 30° com o plano transversal. Ao final do movimento, a mão apenas descansa sobre a eminência tenar. Para o **piloro**, as mãos se movem em direção ao processo xifóide, desviando levemente à esquerda ou direita, dependendo da posição do piloro. Como regra geral, o piloro se encontra mais frequentemente à direita, por volta de 6 a 7cm acima do umbigo.

Para diagnóstico diferencial do **rim direito**, a eminência tenar se move à direita (*Ilustração 5-4*). No entanto, ela não se move para cima, na direção subcostal. Ao final do movimento ela é puxada profundamente para dentro do abdome, 2 a 3cm à direita do umbigo. Para o **colo ascendente**, a mão se move em direção ao colo ascendente com significante rotação horária, e então para dentro do abdome. Para a **flexura hepática**, a mão rotaciona em sentido horário e se move em direção à parte mais lateral da 10ª – 11ª costela.

Ausculta Diferencial para o Fígado

A Ausculta Local revela que há algo errado com o fígado. As origens do problema podem ser diversas, razão pela qual a palma muitas vezes se move subitamente em outra direção ao final do teste de ausculta. O movimento é, algumas vezes, apenas uma dica da mudança direcional ao invés de um movimento real (*Ilustração 5-3*).

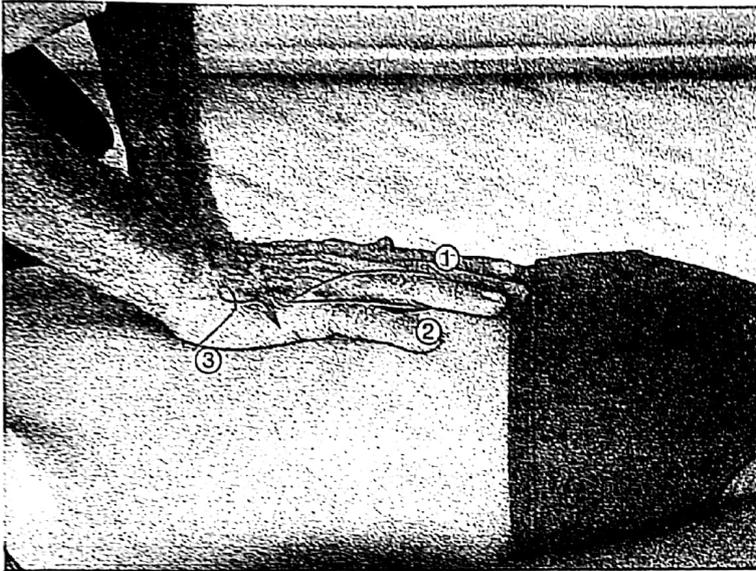


ILUSTRAÇÃO 5-3

Teste de Ausculta para o Fígado

- 1. Fígado metabólico
- 2. Fígado inflamado
- 3. Fígado mecânico

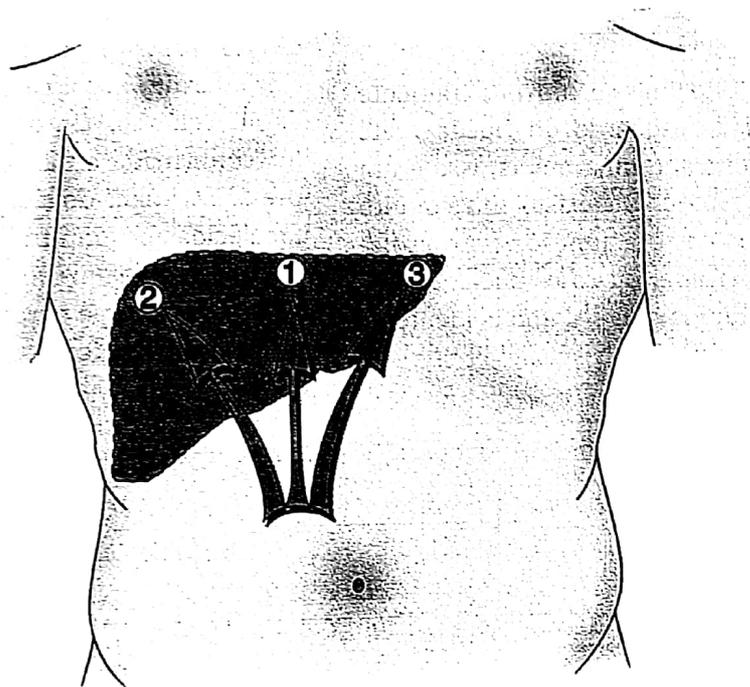


ILUSTRAÇÃO 5-2

Diagnóstico Diferencial Local: Fígado

- 1. Fígado
- 2. Vesícula
- 3. Pâncreas

Tais movimentos podem ser classificados em três tipos principais (sem contar o “fígado emocional”):

- Quando a palma da mão se move sobre a vesícula sem afundar muito, isso indica *fígado metabólico*. Esses pacientes sofrem de problemas hepáticos devido à alimentação indulgente, excesso de bebida, certos medicamentos ou uso de drogas.
- Quando a mão se move na direção lateral direita do fígado, indica um *fígado inflamado*. Você descobrirá que este paciente sofre de hepatite ou, mais raramente, parasitas. Um fato interessante é que essa área sempre apresenta algum tipo de mancha. A memória das células hepáticas é realmente impressionante. Certifique-se de não confundir esse resultado com ausculta para a flexura hepática do colo.
- Quando a palma se move claramente para o lado esquerdo do fígado e até mesmo cruza a linha média, isso é um *fígado mecânico*. Ou existe um conflito mecânico entre a junção gastroesofágica e o fígado, ou esses pacientes sofreram trauma grave, como acidente de carro ou tombo de costas.

No livro *Trauma: Uma Abordagem Osteopática*, Alain Croibier e eu explicamos que, devido à posição oblíqua do coração, forças traumáticas no tórax se movem, na maior parte, em direção ao lado esquerdo do corpo. A estrutura altamente elástica do coração faz com que essas forças repercutam ao longo do eixo principal cardíaco. O ligamento triangular direito e o baço se localizam na rota dessas forças de colisão e sofrem as conseqüências do trauma.

Teste de Adson-Wright

Na disfunção hepática, esse teste geralmente resulta positivo, o pulso reduzindo ou cessando no lado direito, mesmo sem rotação à esquerda da cabeça. Esse resultado positivo pode ser causado por tensão da fásia hepática. Se o simples ato de elevar o fígado melhorar a circulação do membro superior direito, procure por problemas no fígado, rins e flexura hepática. Lembre-se que esses órgãos estão suspensos a partir do fígado. Se for confirmada a participação do fígado, a pressão sistólica do lado direito deve ser restabelecida após um tratamento bem sucedido. Em caso de um prolapso renal de terceiro grau (um rim que perdeu suas ligações com o fígado), a técnica de elevação hepática não

ILUSTRAÇÃO 5-4
Ausculta Diferencial Local

1. Rim Direito
2. Colo Ascendente (Flexura Hepática)



mais o afetará, e o teste de Adson-Wright não surtirá efeito.

MANIPULAÇÃO DIAGNÓSTICA

A área entre a borda inferior das costelas direitas e o umbigo é, certamente, uma das mais complexas a investigação e geralmente demanda técnicas de inibição para se atingir um diagnóstico preciso. Devo descrever apenas algumas técnicas a título de exemplo, deixando a cargo do profissional a aplicação desses princípios aos órgãos não mencionados.

Inibição

Como exemplo, vamos dizer que sua mão é atraída em direção ao fígado sem que você saiba se há envolvimento do fígado, vesícula, ou flexura hepática do colo. Com a outra mão, verifique a motilidade do fígado e fixe-a na posição neutra, no meio do caminho entre inspir e expir. Se suas mãos deixarem de ser atraídas em direção ao fígado, essa pode ser a origem do problema. A inibição da motilidade dessa maneira é o método mais preciso para testar se um órgão é ou não a origem de um problema.

Agora, suponha que a inibição do fígado não tenha efeito no movimento da mão. O problema envolve então ou a vesícula ou a

flexura hepática. Iniba a projeção superficial da vesícula encontrada no alinhamento médio clavicular-umbilical em sua interseção costal. Se a palma ainda se mover para cima e à direita, pode-se concluir que há um problema com a flexura hepática.

A técnica de inibição pode parecer simples ou complexa, dependendo de sua habilidade manual. Ela requer longo aprendizado e, uma vez dominada, permite grande precisão. Se alguém não estiver convencido, tal precisão pode ser objetivamente demonstrada usando técnicas por imagem como fluoroscopia, ultra som ou tomografia.

Agravamento/Alívio

Na lesão hepática, o fígado geralmente se encontra sensível e congestionado. O simples ato de se limitar sua mobilidade pode ajudar no diagnóstico. Suponha que esteja hesitando entre diagnóstico de um problema do fígado ou do pâncreas. Outra técnica que o ajudará na determinação do envolvimento do fígado é pressionar com uma das mãos nos ângulos posteriores da 7ª-9ª costela à direita (*Ilustração 5-5*). Se não houver problema com o fígado, não haverá desconforto. Se houver um problema com o fígado, essa pressão se revelará desconfortável e até mesmo dolorosa.



ILUSTRAÇÃO 5-5

Técnica de Pressão Costal

Ainda, em pacientes com problemas no fígado, ao seguir a pequena movimentação existente, a respiração se tornará mais difícil, e a sensação de desconforto na região hepática aumentará. Em casos graves, a simples pressão costal fará com que o paciente prenda a respiração.

Manobras de alívio são menos fáceis de executar que aquelas para o estômago. Pode-se acompanhar o fígado durante a exalação e então manter a posição. Se houver alívio do desconforto hepático, pode-se considerar que o fígado é a causa. Mas isso seria ignorar todos os órgãos suspensos pelo fígado. Prefiro elevar o fígado, juntamente com pressão inicial nos ângulos posterior e lateral das costelas. Em problemas hepáticos, as costelas 7-9 estarão sensíveis a esse tipo de pressão. Se a sensibilidade desaparecer ao elevar o fígado, isso reforça a idéia de envolvimento hepático.

Elevação

De todas as vísceras, o fígado é, sem dúvida, o mais fácil de se movimentar completamente. A elevação do fígado é executada com o paciente na posição sentado e o terapeuta atrás dele. Usando a abordagem subcostal direta, posicione os dedos abaixo do fígado e eleve-o (*Manipulação Visceral I*, pág 70-71). O aparecimento de dor imediata significa que o próprio tecido hepático foi afetado. Se a dor for sentida quando o fígado retorna passivamente à sua posição original, é indicação de problemas nas conexões ligamentares.

Em problemas hepáticos graves (como a hepatite), a cápsula de Glisson, o fígado e seus ligamentos se tornam todos sensíveis. A elevação do fígado é particularmente útil em pacientes com distúrbios hepáticos crônicos, onde o fígado é mais pesado e a cápsula de Glisson menos flexível; isto é, o próprio fígado está sensível bem como suas conexões (por estarem esticados pelo aumento de peso).

RESTRIÇÕES ESQUELÉTICAS ASSOCIADAS

Tórax:

Restrições das vértebras torácicas e costelas são bem conhecidas e relativamente características em lesões hepáticas; elas envolvem geralmente T7-T10 e costelas 7-10. Os testes de mobilidade costovertebral ficam alterados e a compressão dos processos vertebrais transversos e espinais, ou ângulos posteriores das costelas, criam sensibilidade hepática. Uma restrição costotorácica primária não permite movimentos durante testes de mobilidade, onde uma restrição secundária de origem hepática pode permitir movimento limitado. A relação entre as costelas e o fígado não é unidirecional; um tombo direto sobre as costelas pode ocasionar problemas hepáticos para o resto da vida.

Vértebras cervicais

Problemas de fígado frequentemente resultam em restrições vertebrais cervicais bilaterais ou à direita (inicialmente ao nível de C4-C5), enquanto problemas de vesícula levam a restrições à esquerda. Essa restrição em um dos lados pode ser explicada tanto pela inter-relação entre as fâscias pleurais/cervicais direitas quanto pela irritação dos nervos vago e frênico direitos. Estou cada vez mais convencido que as relações entre lesões hepáticas e restrições cervicais vertebrais se devem à uma irritação do nervo frênico, que inerva a cápsula de Glisson e os ligamentos triangular e coronário. O nervo frênico se conecta ao plexo cervical posterior que, por sua vez, inerva as cápsulas dos processos cervicais articulares e músculos inter-transversais. Isso pode explicar porque C5-C6 apresentam restrições em pacientes com problemas de fígado. Inicialmente, essas restrições ocorrem mais no lado direito e, posteriormente, se tornam bilaterais.

Periartrite glenoumeral

Periartrite glenoumeral é mais comumente

encontrada à direita quando relacionada a disfunções hepáticas. Periartrite glenoumeral de origem traumática é menos comum que aquela ligada a um órgão. O fígado se adere ao diafragma e à pleura, e esta última está ligada à coluna cervical e costelas. Qualquer tensão anormal do fígado pode ser transmitida por esse sistema de ligamentos e irritar diretamente os plexos braquial/cervical e fâscias associadas.

Para confirmar o envolvimento hepático, faça um teste da articulação glenoumeral (veja Capítulo 1), enquanto suspende o fígado. Se a mobilidade do ombro for visivelmente melhorada pela elevação, pode-se concluir que há um problema nas fâscias hepáticas. Se a inibição da região hepática melhorar a mobilidade do ombro, é indicativo de problema no próprio fígado. Se não houver melhora no ombro com nenhuma dessas técnicas, o mais provável é que o problema esteja em algum outro órgão, ou no próprio ombro.

Periartrite glenoumeral e o nervo frênico: Similar às conexões mencionadas acima, a articulação sinovial do ombro puxa as fibras sensíveis de C4-C6, o que explica sua excitabilidade em relação ao nervo frênico.

Periartrite glenoumeral e o equilíbrio hormonal: O fígado metaboliza o estrógeno. Na verdade, é um órgão bastante dependente do estrógeno. Quando o fígado está repleto de toxinas, irá irritar a coluna cervical através das fâscias e nervos e essa irritação será transmitida aos nervos sensíveis da articulação do ombro. Isso pode explicar porque a periartrite glenoumeral é tão comum em mulheres na menopausa.

Periartrite glenoumeral e substâncias tóxicas: A intoxicação do fígado pode se dever ao abuso de álcool e drogas, hábitos alimentares ruins, e também uso de certos medicamentos. Esteja sempre ciente de que inúmeros medicamentos podem levar à ten-

dinite, periartrite, e outras mialgias. Habitue-se a perguntar ao paciente sobre seu uso regular de medicamentos.

57

Diafragma

Pessoas com problemas hepáticos geralmente respiram melhor com seu hemidiafragma esquerdo. Para aliviar o desconforto e reduzir o trabalho necessário à respiração, o diafragma parece reagir relaxando as conexões frênico-hepáticas direitas. Pode-se utilizar esse fenômeno na avaliação dos resultados do tratamento. Ao final da sessão, as partes esquerda e direita do tórax devem mover-se juntas sem problemas, indicando respiração diafragmática harmônica.

Ciática

Embora dor ciática de origem puramente discal exista (ver Capítulo 1), a origem mais comum desse distúrbio é visceral. Em relação ao fígado, é importante separar ciática esquerda de direita. Quando à esquerda, uma circulação colateral venosa significativa se desenvolve como resultado da hipertensão portal. Ao nível reto-sigmóide, as veias hemorroidais se dilatam, causando inflamação e congestão da região sacral. Minha experiência indica que as veias epidurais que dependem do sistema ázigo, também se congestionam e dilatam, a um nível tal que pode ocorrer dor ciática à esquerda de origem hepato-venosa. Essas formas de ciática são muito agudas e não respondem ao tratamento médico ou fisioterápico. Não devem ser manipuladas na região lombo-sacral, pois isso poderá agravar a irritação dos tecidos locais. Para ciática à esquerda, execute um teste de Lasègue com um ponto de inibição no sigmóide e depois no fígado. Essa é a técnica mais eficiente e pode indicar a primeira região a ser manipulada.

Ciática à esquerda tem uma ligação próxima também com disfunções do sistema

urogenital (mais detalhes no Capítulo 9). O rim esquerdo é muito dependente do sistema venoso genital, que, por sua vez, depende do sistema portal.

→ ● Para ciática à direita, a participação hepática pode resultar de perturbação das fâscias hepáticas, rim direito, colo ascendente, psoas, ou membros inferiores. Esse sintoma é comumente encontrado em fibrose do fígado ou seus ligamentos. O teste Lasègue é executado com a inibição direta do fígado, e, quando positivo, o ganho deve ser considerável. Essas ciáticas são, teoricamente, mais fáceis de tratar que aquelas do lado esquerdo.

Membros Inferiores

Restrições no membro inferior esquerdo se relaciona mais a problemas da veia hepática e veia cava inferior. Elas raramente são restrições articulares mecânicas ou fasciais, enquanto que restrições à direita geralmente o são. A restrição mecânica mais comum em minha experiência tem envolvimento da parte lateral do membro inferior direito, incluindo as articulações tibio-fibulares proximal e distal, cubóide, e quinta metatarsiana.

Tratamento

A abordagem osteopata envolve olhar cada caso individualmente. Ela não permite que se faça uma lista de regras simples do tipo "hepatite = essa ou aquela técnicas" e "cirrose = outra técnica", etc. Trato do fígado sempre que os tecidos hepáticos e peri-hepáticos perdem sua elasticidade natural.

A manipulação do fígado tem um claro efeito em seu metabolismo, e em seu papel nos sistemas digestivo, endócrino e imune. Tenho alcançado bons resultados clínicos em meus tratamentos mas, infelizmente, ainda não fui capaz de obter prova quantitativa formal desses efeitos (ex., melhoranos testes de função padrão do fígado após a manipulação).

Onde existem indícios definitivos de hipertensão portal, tome muito cuidado com a manipulação direta. Os vasos e tecidos hepáticos estarão bem frágeis. Uma febre acompanhada dos sintomas clássicos de hepatite pode significar hepatite viral. Não estou certo se a manipulação é aconselhável em caso de hepatite em evolução; é certamente útil no tratamento das seqüelas. Também recomendo muito cuidado em presença de perda de peso, anorexia, febre baixa, adenopatia cervical, hepatomegalia, espleno-megalia, ruídos de fricção no fígado, ou palpação sub-hepática irregular ou dolorosa.

TRATAMENTO LOCAL

O tratamento local consiste essencialmente no estiramento e estímulo das conexões do fígado e liberação dos dutos biliares. Para as conexões do fígado que são profundas e subcostais, trabalhe através das costelas e o próprio fígado. Por exemplo, para estirar o ligamento triangular direito, suspenda o fígado através de sua extremidade direita e deixe-o voltar a sua posição de origem. O estiramento do ligamento se dará durante o retorno. Certifique-se de trabalhar nos três planos (frontal, sagital e transversal), ao tratar esse ligamento.

No restante dessa seção descreverei algumas técnicas novas, presumindo (como fiz ao logo desse livro) que o leitor está familiarizado com aquelas apresentadas em *Manipulação Visceral I*.

Rebote

Uma técnica efetiva de rebote, com o paciente na posição sentado, pode ser executada enquanto eleva o fígado. Posicione-se atrás do paciente, mãos sob a margem costal direita numa posição sub-hepática. Cuidadosamente, eleve o fígado e então libere-o de uma vez. Executa-se essa elevação de forma diferente dependendo do ligamento em que estiver se concentrando.

Para o ligamento coronário, posicione os dedos no meio do fígado e empurre posterior e superiormente. Para o ligamento triangular esquerdo, posicione os dedos à esquerda da linha média (como na manipulação do estômago), e empurre o fígado posterior e superiormente e também à esquerda. Para o ligamento triangular direito, posicione os dedos na extremidade direita do fígado e suspenda-o posterior e superiormente e também à direita. Essa técnica deve ser repetida 3 a 4 vezes no local do problema. O rebote é particularmente útil para um fígado "congelado" que perdeu sua motilidade. Ele tem ações proprioceptivas significantes.

Técnicas Indiretas

A manipulação indireta pode ser executada nos três planos, com auxílio das costelas. Para manipulação no **plano frontal**, com o paciente na posição supina, posicione-se à sua direita, com a mão direita na margem costal lateral direita e a mão esquerda fixando o ombro direito. Empurre a costela direita mais baixa na direção do umbigo até atingir o limite da elasticidade costal (*Ilustração 5-6*). Pode-se então tratar tanto puxando a margem costal em sua direção enquanto mantém a borda do fígado em suas mãos, quanto

liberando as costelas repentinamente em rebote. Antes de proceder a essa técnica, mobilize as costelas várias vezes para aumentar a elasticidade e ativar os receptores mecânicos. Ao fim da manipulação, combine a manobra costal com estiramento do braço para aumentar o efeito de estiramento das conexões hepáticas no diafragma e pleura.

Numa variação, com o paciente em decúbito lateral esquerdo, posicione-se atrás dele com a maca numa posição mais baixa (macas de altura ajustável certamente melhoram a eficiência). Empurre a costela inferior na direção do umbigo, como na posição deitado. Essa técnica muito eficiente pode também ser executada com compressão transversal. Você trabalha com seu peso corporal. Para uma terceira variação, com o paciente sentado, assente-se à esquerda dele com suas mãos em torno e comprimindo o aspecto inferior direito do tórax. (*Ilustração 5-8*). A vantagem dessa técnica é que ela permite a mobilização do plano lateral do fígado (que geralmente se encontra restrito após uma hepatite) nas costelas.

Para manipulação indireta do fígado no **plano sagital**, com o paciente em decúbito lateral esquerdo com as pernas dobradas, posicione-se atrás do paciente. Posicione sua

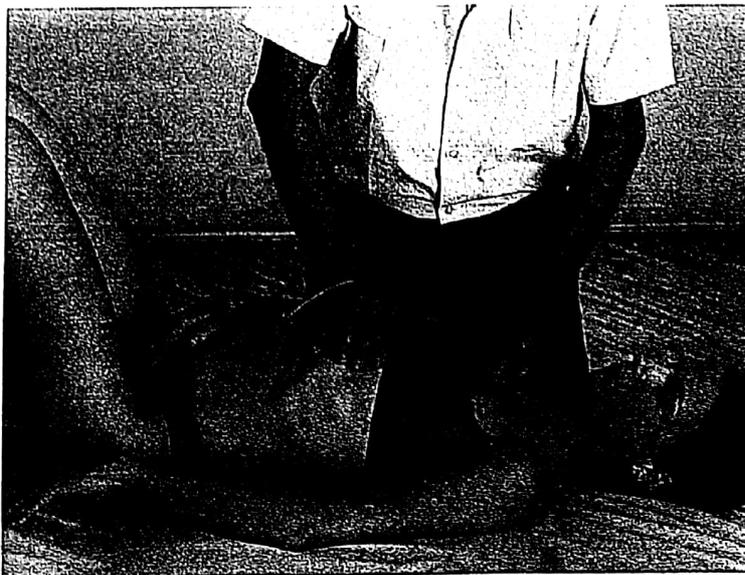
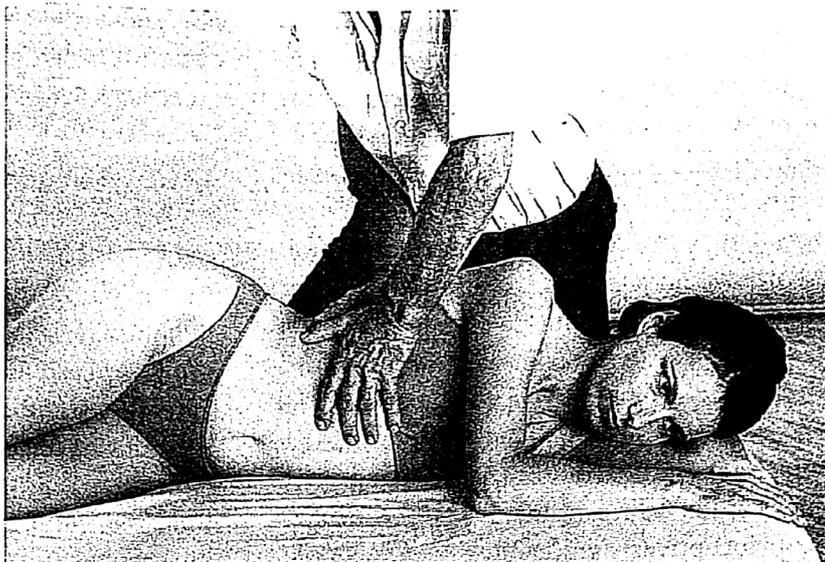


ILUSTRAÇÃO 5-6

*Manipulação Indireta do Fígado
(Plano Frontal)*

ILUSTRAÇÃO 5-7
Compressão Transversal do Fígado (Em Decúbito Lateral)



mão esquerda atrás das costelas direitas, faceando a parte posterosuperior do fígado, enquanto a mão direita se encontra na frente do corpo, faceando a parte anteroinferior do fígado (a posição das mãos pode ser invertida). Suas mãos funcionarão em sincronia, uma empurrando as costelas anteroinferiormente e a outra servindo como ponto fixo. Para adicionar o rebote a essa técnica, espere até que a mão que faz a mobilização anteroinferior esteja na extensão máxima. Com a outra mão, empurre as costelas posterosuperiormente e então, libere ambas as mãos simultaneamente (*Ilustração 5-9*).

Numa variação dessa técnica, o paciente se encontra na posição sentada, com as mãos entrelaçadas atrás do pescoço. Posicione a palma da mão direita nos ângulos posteriores das costelas que protegem o fígado. Com a mão esquerda, suspenda os cotovelos do paciente, curvando para trás a coluna vertebral e as costelas enquanto empurra a parte posterior das costelas anterossuperiormente. Essa técnica permite o estiramento das zonas de conexões posteriores do fígado, bem como do diafragma, pleura e cartilagens costais.

A manipulação indireta do fígado tam-

ILUSTRAÇÃO 5-8
Compressão Transversal do Fígado (Sentado)

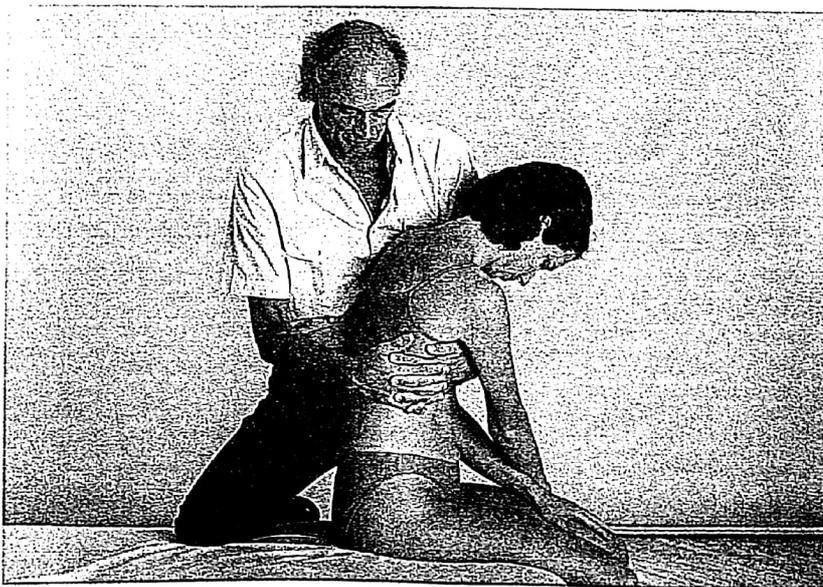




ILUSTRAÇÃO 5-9

*Manipulação Sagita do Fígado
(Em Decúbito Lateral)*

bém é possível no **plano transversal**, com o paciente em decúbito lateral esquerdo. Essa técnica consiste em empurrar as costelas na direção superior ao invés de inferior. Com o intuito de trazer com sucesso as costelas e fígado com você, posicione os polegares na parte posterior das costelas direitas (*Ilustração 5-10*). Esse movimento é mais difícil de executar mas é uma adição importante ao seu repertório. Ele envolve fortemente as conexões do fígado, particularmente o ligamento triangular esquerdo. Para uma variação na posição sentado, suspenda os cotovelos do paciente com uma das mãos a fim de

rotacionar para a esquerda os membros superiores, costelas e vértebras. A outra mão, exercendo pressão na região costal direita, favorece a intensificação do estiramento.

TÉCNICAS COMBINADAS

Com o paciente na posição supina, mantenha o lado direito do seu tórax contra a maca e rotacione os membros inferiores dobrados à esquerda. Alternativamente, com o paciente em decúbito lateral esquerdo, use uma das mãos para estirar o braço direito para poste-

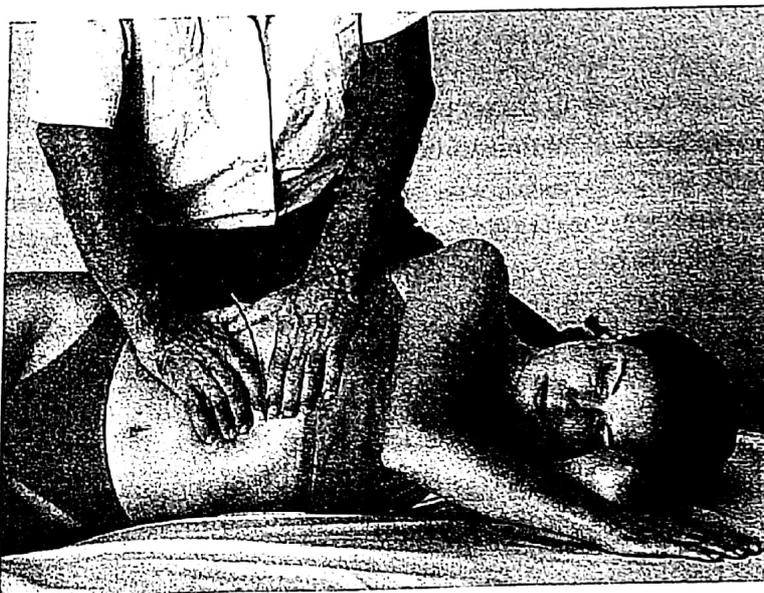
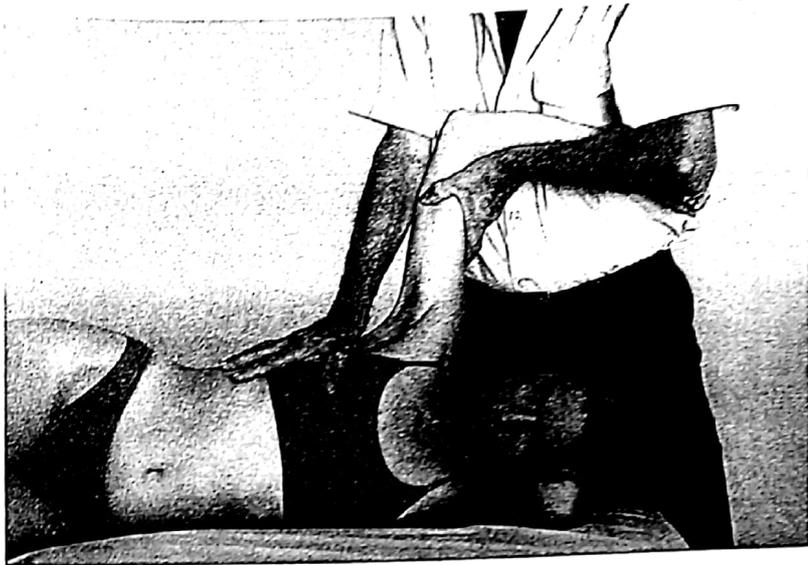


ILUSTRAÇÃO 5-10

*Manipulação Indireta do Fígado
(Plano Transverso)*

ILUSTRAÇÃO 5-11

Manipulação Combinada do Fígado (Em Decúbito Lateral)



rosuperior. Com a outra mão, empurre o hemitórax direito inferior para baixo e, somente depois, na direção do processo xifóide (*Ilustração 5-11*). Essa é também uma ótima forma de estiramento do fígado, diafragma e pleura.

TRATAMENTO VISCOELÁSTICO

Para este tratamento, coloque o paciente na posição deitado se costas, com os joelhos dobrados. Posicione-se de pé à direita dele, coloque sua mão dominante em sua caixa torácica, faceando a porção média do fígado, e posicione a outra mão abaixo da caixa torácica posterior que protege o fígado (*Ilustração 5-12*).

Inicialmente, comprima as costelas com as duas mãos. Quando as costelas chegarem ao limite de sua elasticidade, pode-se sentir a resistência do fígado. Imagine comprimir uma esponja que progressivamente retomará a forma original. Pouco a pouco, libere o fígado e as costelas. Repita essa técnica umas dez vezes. Parece ser muito benéfica em pacientes com depressão e baixa energia.

INDUÇÃO

A indução geral pode ser executada com

o paciente na posição sentado. Gosto dessa técnica porque minhas mãos estão em contato direto com o fígado e todo o corpo trabalha comigo. Aplique pressão subcostal hepática com os dedos, e proceda com a técnica de indução geral (Capítulo 1). Ao fim do procedimento, execute uma indução dupla, uma por mobilização do fígado e outra pelo exagero da técnica de Ausculta Geral. O corpo do paciente irá girar em torno do fígado. Essa técnica de corpo inteiro irá liberar restrições (se houverem) do rim direito, região pilórica, flexura hepática, dutos biliares extra-hepáticos, omento menor, etc.

ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO

O tratamento do fígado deve iniciar-se com técnicas de elevação hepática que mobilizam todas as conexões do fígado e permite a avaliação direta do tecido hepático. Após 5 ou 6 mobilizações, prossiga com o rebote e técnicas que liberam os dutos biliares extra-hepáticos, como descrito no Capítulo 6. Reteste todas as articulações do fígado. Se uma restrição séria persistir, foque em liberá-la, e as outras irão soltar por si mesmas. Não se esqueça dos membros inferiores.

Técnicas de indução do fígado são

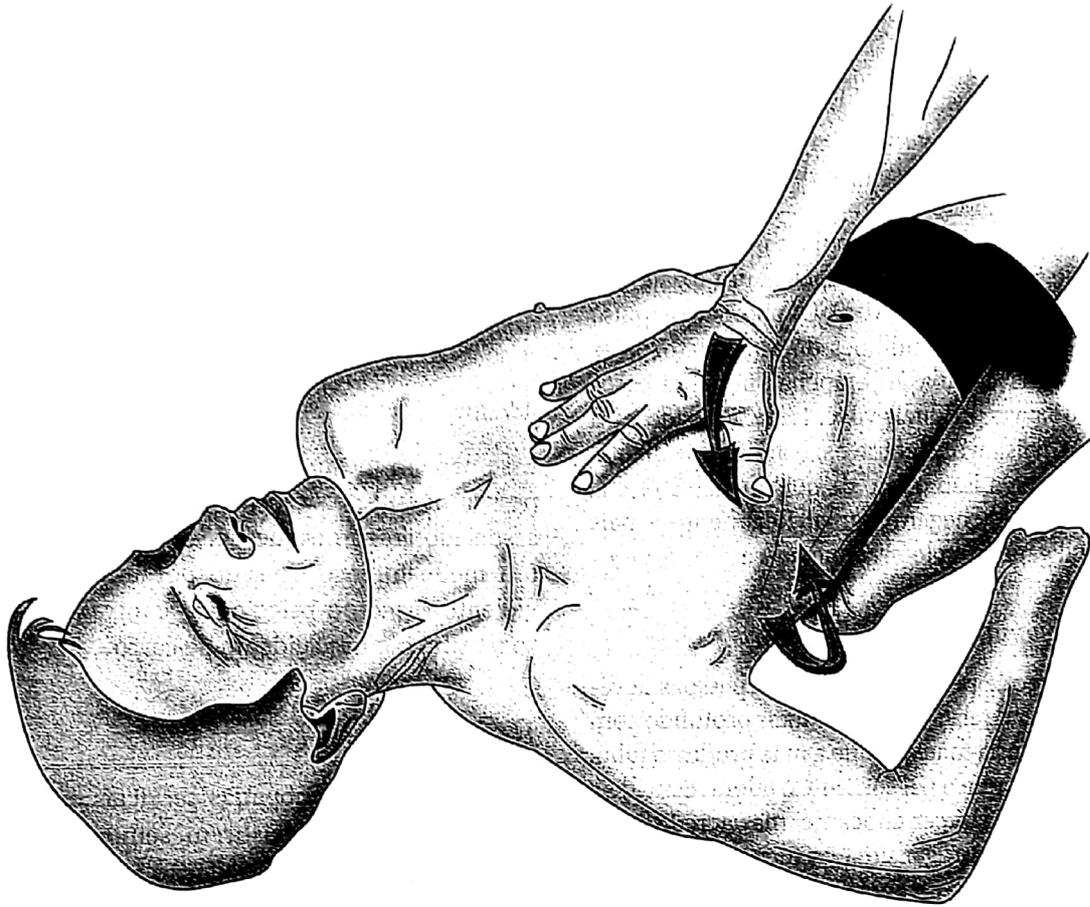


ILUSTRAÇÃO 5-12

Tratamento Viscoelástico do Fígado

mais efetivas quando todas as tensões dos outros tecidos tiverem sido liberadas. Restrições hepáticas são frequentemente acompanhadas por problemas nas suturas coronal e escamosa direita, e, claro, o osso esfenoide. Esse último muda constantemente, seguindo as tensões das fâscias que o conectam ao resto do corpo.

Relações Emocionais

Eu Real

Existe um relacionamento especial entre o fígado e o "eu real", a pessoa que você quer conhecer de verdade um dia desses. Não

me refiro a egoísmo aqui. Na verdade, quanto mais você se conhece, melhor se relaciona com as outras pessoas.

Propósito de vida

Você pode ser superficialmente bem sucedido na vida, sem obter sucesso real vivendo sua vida. Cada um de nós tem um propósito e uma razão para estar aqui. Pode ser difícil descobrir o propósito da vida em geral, mas cada um deve encontrar um propósito para a própria vida. Pessoas que têm dificuldade em descobrir seu propósito pessoal na vida, frequentemente têm problemas no fígado. O inverso não é necessariamente verdade.

Singularidade da vida

Cada pessoa é única. Para percorrer seu caminho através da vida com serenidade, você deve estar ciente desse fato. Contrariando as probabilidades, você nasceu. Pense sobre isso. A probabilidade de nascer é infinitesimalmente pequena: Uma mulher produz por volta de 500.000 óvulos e apenas um fora escolhido para produzir você. Um homem expulsa por volta de 70 milhões de espermatozoides em cada ejaculação e apenas um fora escolhido para produzir você. Isso é verdade para seus pais, avós, tataravós, e assim por diante. Some-se a isso o fato de que apenas 30% das gravidezes chegam ao final. Realmente, é mais fácil ganhar na loteria que nascer!

Relacionamento com a Mãe

Você pode pensar que todas as pessoas deveriam ter o relacionamento mais profundo com sua própria mãe, porque a mãe produz o filho, ao passo que o pai somente o adota. Essa idéia pode lhe parecer chocante, mas acredito que o fato de carregar uma criança em seu corpo por nove meses e então dar a luz à criança não pode ser comparado ao simples ato de contribuir na fertilização do ovo. É somente com o tempo que o pai cria um relacionamento mais profundo com a criança.

Depressão

É quase automático: Sempre que tiver um paciente com depressão, o teste de ausculta irá, mais frequentemente que não, levá-lo ao fígado. Algumas pessoas necessitam de drogas para tratar o problema, pelo menos por um tempo. Mas se as drogas forem tomadas por muito tempo, irão envenenar o fígado e piorar a depressão.

Raiva

O fígado é um órgão associado com raiva intensa e quente, que mesmo um bebê ou criança pequena podem experimentar. É um sentimento básico, ainda assim difícil de entender, onde a pessoa traz a raiva contra os

outros ou mesmo contra si mesma. Esse tipo de sentimento gera distúrbios maníaco-depressivos leves (ciclotimia).

Frustração

Não estou falando de frustração material, mas um sentimento mais interno de frustração, onde a pessoa não vive a vida que realmente queria viver.

Medo

Esse não é o mesmo medo básico, que cada pessoa possui desde o nascimento, e que é associado ao rim esquerdo. Em vez disso, é um medo intenso causado por um evento violento físico ou psicológico contra a pessoa, como em um acidente de carro.

Recomendações

Esteja atento a adenopatias cervicais ou supra-claviculares. Se existirem, sempre encaminhe o paciente para avaliação apropriada. Em pacientes que apresentam problemas hepáticos sem infecção aparente, a observação de hepatomegalia em associação a esplenomegalia, e um fígado duro, irregular e dolorido, indica uma necessidade imediata de encaminhamento a um oncologista.

Lesões hepáticas benignas, por outro lado, são indicadas para tratamento osteopático, que irá na maioria dos casos, produzir resultados positivos quando aplicado sistematicamente. Por ser esse tipo de problema extremamente comum, já recebemos o trabalho pronto.

Alguns pacientes são hipersensíveis à presença de sulfitos usados na conservação de certos alimentos (cidra, cerveja, uísque, peixe, frutos do mar, sanduíches, chucrute, batatas fritas, cogumelos enlatados, várias frutas e legumes, etc.). Os sulfitos são usados para impedir que os alimentos alterem a cor e são também encontrados em muitos vinhos.

RECOMENDAÇÕES

Esses componentes podem causar enxaquecas, urticária, conjuntivite, intolerância alimentar, e uma variedade de outros (algumas vezes enigmáticos) sintomas. Ajude seus pacientes a se conscientizarem dessa possibilidade. Os sulfitos são usados comumente, e são potencialmente tóxicos para o fígado e a vesícula,

e ainda assim muitas pessoas não sabem nada sobre eles. Uma dieta sensata, associada a manipulação apropriada do fígado, vesícula e dutos biliares, produz bons resultados para problemas devidos a mal funcionamento hepático, incluindo os que afetam a pele.



CAPÍTULO 6

A Vesícula e os Dutos Biliares

■ CONTEÚDO DO CAPÍTULO

Fisiologia e Anatomia	109
Pressões	111
Patologia	111
Sintomas Gerais	111
Cólica Biliar e Oclusão	112
Cálculos Vesiculares	112
Sintomas e Complicações	113
Colecistite	114
Aguda	114
Crônica	115
Outras Disfunções	115
Sintomas Menos Comuns	116
Diagnóstico	117
Palpação	117
Diagnóstico Diferencial Local	117
Inibição	118
Outros Testes	118
Restrições Esqueléticas Associadas	119
Tratamento	120
Liberação das Restrições	120

Evacuação da Vesícula	120
Estiramento do Duto Biliar Comum.....	120
Indução Geral.....	121
Técnica Direta	122
Rebote	122
Estratégia de Tratamento.....	122
Fatores Hormonais	123
Relações Emocionais.....	124
Problemas do Dia-a-Dia	124
Preocupações do Dia-a-Dia	124
Questões Práticas.....	124
Recomendações	124
Contra-indicações	124
Conselhos ao Paciente.....	125

6 / A Vesícula e os Dutos Biliares

ESTOU DEDICANDO um capítulo separado para a vesícula e os dutos biliares porque, a despeito de sua proximidade anatômica e fisiológica com o fígado, suas patologias frequentemente afetam o corpo de formas diferentes. Problemas funcionais da vesícula são comuns e frequentemente revelam causas e efeitos psicológicos e emocionais. Esse órgão desempenha o papel de receber os excessos em todos os sentidos da palavra. Pode-se até dizer que, em alguns casos, um espasmo ou inflamação da vesícula pode ser uma reação benéfica em relação ao corpo como um todo.

Para mim, problemas de vesícula são similares à duodenite pois podem não parecer sérios a princípio, mas devem ser acompanhados com cuidado pois podem levar ao desenvolvimento de úlceras. Uma patologia prolongada dos dutos biliares pode trazer sérias conseqüências para a integridade hepática. Alguns distúrbios que afetam tanto o fígado quanto a vesícula foram discutidos no capítulo anterior.

Fisiologia e Anatomia

A vesícula tem uma capacidade de aproximadamente 33ml. Ela armazena bile que é produzida no fígado, e regula sua passagem para o duodeno através dos dutos biliares comuns. A vesícula é parcialmente peritoni-

zada, o que pode explicar sua sensibilidade e mobilidade. O duto cístico que esvazia a vesícula é curvado, tem 3 a 4cm de comprimento, e um diâmetro de 3 a 4mm. Ele se une ao duto hepático comum do fígado para formar o duto biliar comum, que por sua vez se une ao duto pancreático para adentrar ao duodeno através da papila duodenal (algumas vezes chamada de ampola ou papila de Vater). O esfíncter de Oddi regula a passagem de bile através da papila duodenal.

Para manipular a vesícula efetivamente, deve-se estar familiarizado com a orientação do corpo, que é da frente para trás, da esquerda para a direita e de cima para baixo (*Ilustração 6-1*). É necessário seguir esse eixo oblíquo de perto para se obter bons resultados. Senão, seu tratamento pode ter efeitos adversos.

Em adultos, a projeção superficial da vesícula se encontra na linha imaginária que conecta o umbigo ao mamilo direito ou ponto médio da clavícula, em sua interseção com a margem costal. No entanto, em crianças ela é muito mais medial. A vesícula tem uma variedade de relações anatômicas que podem levar a restrições e perturbação da funcionalidade apropriada (*Ilustração 6-2*).

A inervação simpática da vesícula vem do gânglio celíaco, e as inervações de sua

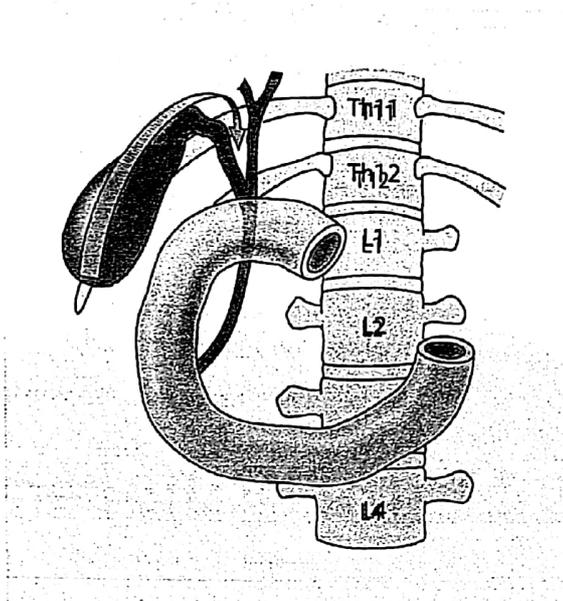


ILUSTRAÇÃO 6-1

Orientação da Vesícula

superfície peritoneal do nervo frênico. Os nervos sensoriais da vesícula e duto biliar, que podem produzir a sensação de dor, são estimulados pela tensão existente nas paredes dessas estruturas. Contrações da musculatura lisa nessas paredes dependem do nervo vago, isto é, a excreção biliar está sob o controle parassimpático. As secreções de bile no fígado são controladas pelos hormônios secretina, gastrina e colecistoquinina (CCK).

A vesícula concentra os sais e pigmentos da bile recebidos do fígado em até 40 vezes. Meia hora antes do aparecimento de quimo no duodeno, a liberação de CCK em combinação com gastrina e reflexos vagos, causa o esvaziamento da vesícula. Em média, 15ml de bile é liberada pela contração da vesícula. Essa contração aumenta a pressão no duto biliar comum, abrindo o esfíncter de Oddi. Normalmente, a pressão no duto pancreático é maior que a do duto biliar comum.

O estado da vesícula depende muito do estado psicológico do indivíduo. Em particular, quando uma pessoa está contrariada após receber notícias ruins ou presenciar um acidente, a primeira reação do corpo é frequentemente uma contração intensa da vesícula (e menos comum, do estômago). Com a reincidência, esse fenômeno pode levar à inflamação. Essa correlação entre a psique e a vesícula se aplica primariamente a tensões psicológicas superficiais; quando o problema é mais profundo e intenso, todo o fígado reage.

O duto biliar comum tem 6cm de comprimento, é bastante largo em sua parte superior, e vai afinando à medida que se aproxima da parte inferior. Está posicionado profundamente (10 a 15cm sob a pele), e inserido ao lado posterior do duodeno

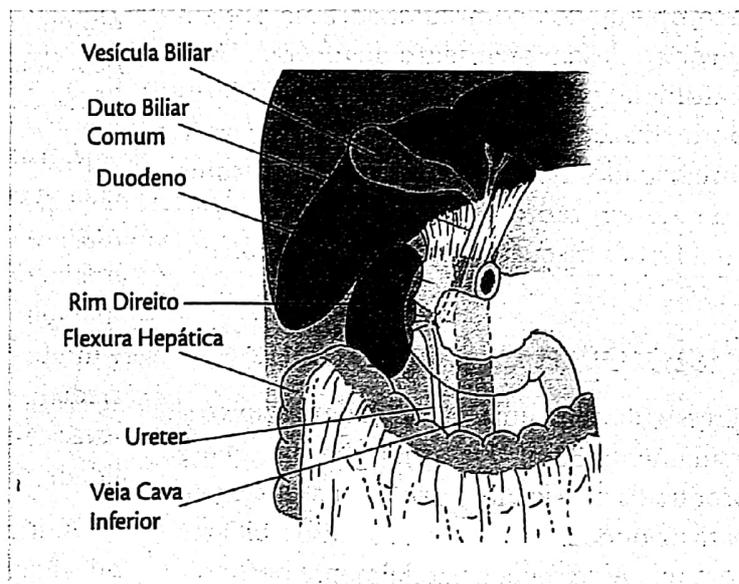


ILUSTRAÇÃO 6-2

*Relações da Vesícula
(segundo Gregoire e Oberlin)*

superior. Esse duto biliar é particularmente sensível a distensões rápidas. As fibras nervosas, ao se encaminharem para a medula, se associam às fibras simpáticas aferentes. Normalmente, a elevação progressiva da pressão no duto biliar comum causa apenas um vago e ocasional desconforto. A dor só ocorre por elevação súbita de pressão (cólica biliar).

Um entendimento da discinesia biliar aumenta nossa compreensão das condições necessárias para funcionamento eficiente dos dutos biliares: sistema de dutos em boas condições, maleabilidade dos tecidos vizinhos, bom tônus, e boa sincronia da vesícula com o esfíncter de Oddi. Essas condições serão discutidas abaixo.

O diâmetro dos dutos deve ser regular, o lúmen desobstruído, e as paredes extensíveis, elásticas, tônicas, e capazes de manter a tensão longitudinal. Até um litro de bile pode passar por esses dutos por dia. Pode-se conseguir efeitos significantes nesse sistema de dutos, isto é, aumentando a tração ao longo do eixo longitudinal no intuito de aumentar a força parietal de contratilidade, e liberando restrições mecânicas pela remoção de fibroses do ambiente fascial do duto biliar comum, duto cístico e vesícula. Essas manipulações são executadas enquanto o órgão se encontra tracionado (primeiro longitudinal e então transversalmente).

PRESSÕES

Problemas mecânicos da vesícula e dutos biliares são de natureza hidráulica. A atração diafragmática, que desempenha papel importante na função hepática, não produz o mesmo efeito na vesícula. As pressões dentro dos capilares biliares deve exceder a resistência da viscosidade. Após uma inflamação, a pressão deve ser ainda maior para superar o aumento de resistência por fricção dentro dos capilares biliares e a diminuição da elasticidade dos tecidos vizinhos. Nos intervalos entre períodos de digestão, a resistência do fluxo

biliar, contrariada pelo esfíncter de Oddi, direciona a maior parte da bile na direção da vesícula relaxada.

Em jejum a pressão no lúmen da vesícula é de apenas 10cm H₂O, o equivalente à pressão abdominal. Quando a vesícula se contrai após

uma refeição, sua pressão se torna aproximadamente 30cm H₂O. A pressão da secreção biliar no fígado é aproximadamente de 20cm H₂O, e a do duto biliar comum de 7 a 10cm H₂O. A pressão necessária para atravessar o esfíncter de Oddi é por volta de 15cm H₂O. A expulsão da bile através da contração da vesícula é necessária para se conseguir isto. Se houver cálculos presentes, estas entrarão o duto biliar comum devido a essa mesma força.

Variações hormonais são importantes nos processos de contração e formação de cálculos. Por exemplo, a progesterona desacelera a atividade motora parassimpática e evacuação biliar, levando à formação de cálculos. Absorção rápida de líquidos pela mucosa da vesícula (também sob controle hormonal), impede o aumento da pressão nos dutos biliares, mas também favorecem a formação de cálculos.

É claro que a vesícula não é apenas um saco inerte que contém bile, mas uma estrutura ativa com importantes ligações com os sistemas endócrino e nervoso (incluindo psicológico). Para trabalhar eficientemente, deve ter paredes tenras que permitem rápida absorção de líquidos. A manipulação da vesícula afeta não somente a excreção de bile, como também suas outras funções excretoras e pressões em todo o sistema biliar.

Patologia

SINTOMAS GERAIS

Irei discutir ao longo dessa seção os sintomas de lesão da vesícula ou duto biliar comum em patologias específicas e bem definidas.

Primeiro, gostaria de mencionar alguns sintomas clássicos de lesão nesses órgãos. Lembre-se que no caso dos pacientes de úlcera, as refeições normalmente aliviavam os sintomas de desconforto por uma hora mais ou menos. Em problemas biliares mecânicos, o mal estar também se alivia um pouco após comer. Em breve, no entanto, os sintomas aumentam: náusea, sensação de peso, sudorese, febre, e aversão seletiva a certos cheiros e gostos (como chocolate, creme, comidas gordurosas). Outros sintomas gerais incluem hálito com odor alcalino (úlceras e gastrites causam, mais comumente, hálito como odor ácido) e dor retro-escapular direita na inserção do músculo elevador da escápula na escápula. A dor é mais provavelmente devido à conexão com o nervo frênico. Inúmeros sintomas menos comuns serão mencionados mais à frente nessa seção.

CÓLICA BILIAR E OCLUSÃO

Esses distúrbios envolvem obstrução rápida e completa do fluxo biliar por cálculo, espasmo ou constrição. A cólica se apresenta de forma abrupta, pode durar por horas, e cessa relativamente rápido, deixando a sensação de dolorido. Isso a distingue de problemas intestinais, que se manifestam de forma mais gradual. Ainda, a cólica não se agrava com o movimento, ao passo que dores de origem musculoesqueléticas geralmente pioram. A causa mais frequente é cálculo no duto cístico. A dor é sentida no hipocôndrio direito, e irradia-se para a área retro-escapular direita. Existe um ponto sensível faceando a vesícula que é causado pela inflamação do peritônio parietal adjacente.

Espasmos da vesícula ou duto biliar comum conduzem a súbitos, dilacerantes, petrificantes ataques de dor, acompanhados por náusea, vômito, distensão abdominal, e dor no hipocôndrio direito irradiando para os ombros ou costas. A temperatura pode elevar-se ligeiramente.

O sinal de Murphy é positivo para indicar problema de vesícula. Pode-se ainda considerar inflamação da vesícula, dutos biliares ou tecidos vizinhos incluindo o esfíncter de Oddi. Pode haver certa dificuldade em diferenciar esses diagnósticos de:

- úlceras ou tumores estomacais
- ataques de apendicite aguda (apêndice retrocecal ou sub-hepático)
- pancreatite aguda (a dor se irradia mais na direção do epigástrico, lado esquerdo da coluna tóraco-lombar, e articulação sacrílica esquerda)
- cólica renal direita ou qualquer problema renal do lado direito acompanhado de dor uretral, dor ao longo do caminho do nervo gênito-femural ou micção excessiva, reduzida ou dolorida.

A oclusão da parte baixa do duto biliar comum é um distúrbio súbito e grave acompanhado por dor epigástrica aguda. A bile retorna causando distensão dos dutos afluentes, estimulando o estiramento visceral e os barorreceptores. A dor resultante pode também ser percebida em torno da escápula direita ou vértebras cervicais. O estreitamento progressivo do duto biliar comum, em contraste à completa oclusão, é indolor. Na oclusão, ocorrerá amarelidão porque a concentração de bilirrubina conjugada e não conjugada aumenta no sangue e tecidos. Outros sintomas incluem coceira intensa, fezes gordurosas, tendência à hemorragia, febre, e calafrios. Em 75% dos casos, uma infecção do duto biliar (colangite) é a origem do problema.

CÁLCULOS NA VESÍCULA

É um distúrbio extremamente comum. Nos Estados Unidos, 8% dos homens e pelo menos 20% das mulheres acima dos 40 anos são afetados por cálculos na vesícula, e dois milhões de colecistectomias são feitas anual-

mente. Após a secção do nervo vago para o estômago (vagotomia abdominal), ocorre um aumento na incidência de cálculos na vesícula em decorrência de eliminação excessiva pela vesícula, que compartilha as mesmas inervações. Portanto é muito importante monitorar a atividade dos dutos biliares em pacientes com úlcera que se submeteram a essa cirurgia. Os cálculos de vesícula são geralmente formados por sais de cálcio biliar e colesterol. Os cálculos formados por colesterol se devem mais a uma disfunção do fígado que da vesícula, porque o fígado secreta uma bile saturada de colesterol que favorece a formação de cálculos. Não podemos dizer com certeza quanto tempo leva para a formação de um cálculo, mas em vitro, o núcleo de um cálculo artificial pode se formar em questão de poucas horas.

As causas possíveis para formação de cálculos são:

- excesso de substâncias não solúveis (ou de difícil solubilização)
- concentração excessiva de bile na vesícula, acompanhada de estase
- tonicidade excessiva do esfíncter acompanhada por pouca tonicidade dos dutos
- perturbação no estímulo do nervo aferente, espasmos da parede do duto biliar, ou espessura parietal excessiva
- ambiente visceral fibrosado ou com cicatrizes (como por conseqüência de úlcera); as cicatrizes aderem à região antropilórica ao duodeno, e contribuem para o desequilíbrio das pressões entre os capilares biliares
- idade, porque a saturação da bile com o colesterol aumenta até a meia idade. A freqüência de cálculos em mulheres é duas vezes maior antes dos 50 anos que após.

Muitos estudos têm sido conduzidos sobre fatores que contribuem para a formação de cálculos na vesícula, mas as conclusões têm variado muito. Na puberdade, com o início das funções ovarianas, a concentração

de colesterol na bile aumenta. Anticoncepcionais baseados em estrogênio, e o próprio estrogênio, aumentam a saturação de colesterol na bile. Assim, a incidência de cálculos de vesícula aumenta em mulheres que estejam tomando pilula ou se encaminhando para o final de uma gravidez. Minha experiência clínica tem mostrado que o uso de contraceptivos orais conduz a problemas de excreção biliar associados a acne, glândulas sebáceas e sudoríparas superativas, dermatite, cabelo oleoso, etc. A diabete também aumenta a propensão à formação de cálculos.

Sintomas e complicações

Os sintomas de cálculos de vesícula são similares àqueles de cólica biliar. Pode não haver dor, ou a mesma ocorrer principalmente na fase inicial, ou ser severa e acompanhada por calafrios e febre. A utilização de técnicas por imagem tem demonstrado que várias pessoas possuem cálculos enormes sem se darem conta disso. A vesícula simplesmente se torna não funcional, mas sem produzir sintomas externos. Dores de cabeça tipo enxaqueca ocorrem durante crise de vesícula. Por um lado, algumas enxaquecas não têm relação alguma com cálculos de vesícula, mas frequentemente acompanham hérnias de hiato ou diverticulite.

Sintomas de cálculos no duto biliar comum incluem dor epigástrica e na coluna torácica, amarelidão transitória e moderada, febre, calafrios prolongados, e vômito. Algumas vezes bactérias intestinais (como *E. coli*, *Streptococo*) são encontradas na vesícula. O paciente se apresenta geralmente saudável exceto pelos ataques sintomáticos. Quando cálculos estão presentes no duto biliar comum, a vesícula se encontra tipicamente fibrosada e não distensível, indicação clara para tratamento osteopático.

Complicações possíveis de cálculos de vesícula incluem colecistite aguda ou crônica (veja abaixo). Colecistite crônica é

uma condição esclero-inflamatória das paredes da vesícula onde elas se aderem ao omento ou órgãos adjacentes. Sintomas de colecistite aguda seguem uma ordem bem estabelecida (em 24 a 36 horas) de dor, febre, e amarelidão. Cálculos no duto biliar comum podem acarretar pancreatite ou, mais raramente, colangite, abscesso no fígado, cirrose, empiema (acúmulo de pus em um órgão), ou mesmo fistulação ou obstrução do intestino.

Em caso de obstrução do duto biliar comum, pode-se encontrar ou uma vesícula bem dilatada ou uma vesícula bem contraída, dependendo se a obstrução for causada por um tumor na cabeça do pâncreas ou por um cálculo biliar. Isso se deve ao fato de o duto biliar comum não possuir uma porção supra-duodenal, enquanto a porção terminal do duto hepático se encontra atrás do duodeno. Se a obstrução for causada por tumor pancreático (*Ilustração 6-3*), o duto biliar comum é bloqueado na extremidade final e a bile se acumula na vesícula, que se torna distendida. Se houver um cálculo na porção supra-duodenal do duto hepático, a bile não chega à vesícula. Pelo fato de ter se tornado não funcional, o órgão se contrai (*Ilustração 6-4*). Ainda, quando houver um

cálculo no duto biliar comum, a vesícula comumente se encontra cicatrizada, portanto não se distende.

Esse fenômeno é conhecido como lei de Courvoisier, em homenagem ao cirurgião francês (1843-1918), que estabeleceu que uma vesícula dilatada em um paciente com amarelidão que não apresenta cólica biliar, é provavelmente resultado de uma obstrução neoplástica do duto biliar comum (geralmente carcinoma da cabeça do pâncreas).

COLECISTITE

Aguda

A colecistite aguda resulta, em 95% dos casos, de um cálculo localizado no duto cístico. Os outros 5% são devido a traumas ou efeitos de uma cirurgia. A grave distensão da vesícula que ocorre nesse distúrbio, interfere na circulação normal e drenagem linfática, permitindo a proliferação de bactéria comensal (normalmente inofensiva).

Os sintomas incluem dor intensa no quadrante direito superior, náusea e vômito, febre, amarelidão leve, tensão muscular, e dor com a ausculta e palpação. Às vezes a sintomatologia é moderada, com só uma dor vaga no ombro direito. Quando há dor epigástrica

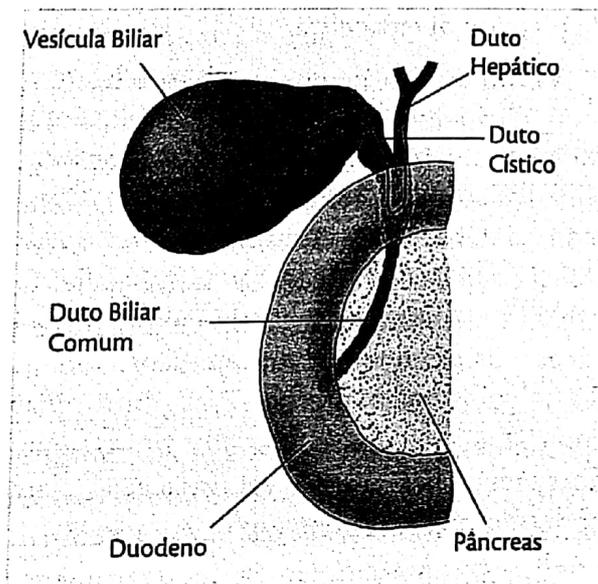


ILUSTRAÇÃO 6-3
Obstrução do Duto Biliar Comum por Tumor Pancreático (segundo Testut)

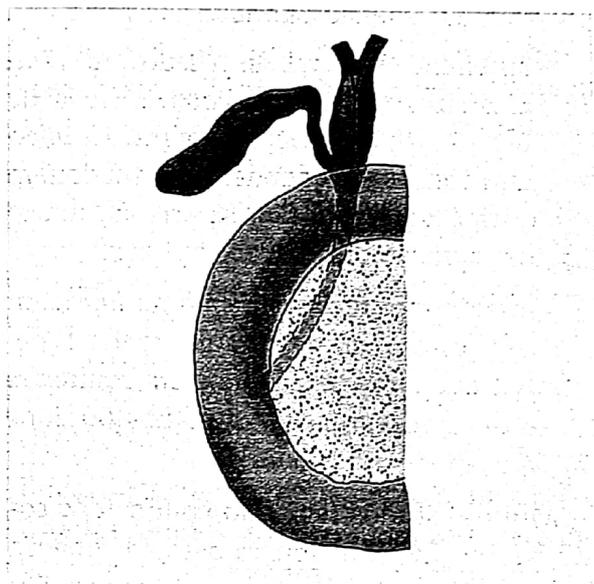


ILUSTRAÇÃO 6-4
Obstrução do Duto Biliar Comum por Cálculo de Vesícula no Duto Hepático (segundo Testut)

intensa com amarelidão definida, é quase certa a presença de uma cálculo. Em 50% dos casos pode-se palpar uma massa sensível compreendendo a vesícula distendida e o omento aderido.

O sinal de Murphy é patognomônico para disfunção da vesícula. É executado da seguinte maneira: Pressione logo abaixo da margem costal direita na linha médio clavículo-umbilical (a projeção superficial da vesícula) e faça com que o paciente inspire profundamente. Um aumento da dor acompanhado pelo paciente prendendo repentinamente a respiração é um sinal positivo de Murphy que significa problema na vesícula.

Diagnóstico diferencial: A dor cólica é percebida mais abaixo, não bloqueia a respiração, e não se irradia para cima, mas mais em direção à região lombo-sacral e articulações sacro-íliacas. A dor da colecistite pode confundir-se com a de um infarto do miocárdio, úlcera, pancreatite, pneumonia do lobo inferior direito, nefrite aguda, cólica renal, ou oclusão intestinal. Devo enfatizar que o câncer de vesícula não apresenta sintomas particulares. Esteja particularmente atento a casos com indícios gerais de toxicidade como mal estar, febre, perda de apetite, perda de peso, amarelidão, e urina escura e escassa.

Crônica

A colecistite crônica se apresenta como episódios agudos de colecistite, a mucosa e musculatura lisa da vesícula sendo substituída por tecido fibroso. Ocorrem frequentes adesões a órgãos vizinhos. A habilidade da vesícula em concentrar bile fica comprometida. Os sintomas de colecistite crônica são os mesmos da colecistite aguda, mas geralmente com apenas febre baixa.

Cirurgias laparoscópicas são mais efetivos que os procedimentos cirúrgicos padrão, mas dependem da habilidade do cirurgião.

Com esse procedimento, pode-se evitar as complicações cirúrgicas comuns. Ainda assim, como ocorre na cirurgia aberta, uma melhora funcional após uma operação está longe de ser a regra. Mesmo se a remoção cirúrgica da vesícula fosse necessária, a causa original da cólica biliar continuará presente. É importante se perguntar: Porque os cálculos de vesícula se formaram e o que poderia ser feito para evitá-las?

Não fico mais surpreso quando encontro pacientes com cálculos de vesícula que se submeteram à cirurgia de retirada da vesícula sem melhora notável em seus sintomas. O cálculo em si não é sempre de grande significado fisiológico, e pode não explicar todos os sintomas. Às vezes, após intervenção cirúrgica, o paciente se sente ainda pior. Explicações possíveis incluem cirurgia incompleta, cálculos residuais no duto biliar comum, outros distúrbios da vesícula ou duto biliar, neoplasia assintomática, fístula, etc. O trauma cirúrgico pode causar estreitamento dos dutos biliares ou esfíncter de Oddi, a primeira condição podendo ainda ser causada por anomalia anatômica ou por edemas e fibroses pós-cirúrgicos.

OUTRAS DISFUNÇÕES

A cirrose biliar é uma complicação séria dos cálculos, proveniente de negligência por parte do paciente ou profissional, ou erro diagnóstico. É uma forma de cirrose marcada por amarelidão prolongada devida à retenção crônica de bile e inflamação dos dutos biliares. A fibrose hepática é reversível no começo, mas se torna progressivamente irreversível. Outros sintomas são coceira intensa, amarelidão, e hipertensão portal.

A pancreatite aguda será descrita no Capítulo 7. Cálculos de vesícula são uma causa primária; cálculos com diâmetro de 2mm ou menos são capazes de atravessar o esfíncter de Oddi.

Discinesia biliar se refere a falhas no controle da atividade da musculatura lisa da vesícula ou dutos biliares. Normalmente, a chegada do bolo no duodeno ocasiona aumento na secreção de CCK, que causa a contração da vesícula e relaxa o esfíncter de Oddi. Existem três tipos principais de discinesia biliar, todos bem comuns: problemas na evacuação (discinesia), problemas no tônus (distonia) e problemas de coordenação entre a vesícula e o esfíncter de Oddi (dissinergia). Os principais sintomas são náusea, vertigem, diarreia, e constipação. Parece haver um componente psicológico claro nesses problemas uma vez que são mais comuns em pessoas ansiosas. Fatores alimentares agravantes incluem álcool, chocolate, creme, comidas gordurosas, e vários medicamentos. Minhas observações indicam que a discinesia biliar está também associada a fatores hormonais, como níveis altos de estrogênio.

O *câncer de vesícula* é um tipo traiçoeiro de câncer encontrado mais comumente em mulheres acima dos 70 anos. Os sintomas incluem dor constante e massa palpável no quadrante direito superior, fadiga geral, perda de peso, e amarelidão. É uma forma relativamente rara de câncer e é geralmente inoperável na ocasião do diagnóstico.

O *câncer dos dutos biliares* afeta principalmente o duto biliar comum e é ligeiramente mais predominante em homens entre 40 e 60 anos. Os sintomas incluem amarelidão progressiva, inexistência de dor, coceira, perda de peso, e inexistência de bile nas fezes.

Raramente, obstruções biliares ocorrem por infestação de parasitas como *ascaris* ou *esquistosomas*, ou por cistos hidáticos.

SINTOMAS MENOS COMUNS

Distúrbios biliares sérios não necessitam de grande habilidade ou sutileza no diagnóstico, pois tendem a ser óbvios. No entanto, algumas disfunções são menos sérias, en-

quanto ainda têm a capacidade de diminuir a "qualidade de vida". Gostaria que você se tornasse ciente dos vários sintomas menos comuns que são algumas vezes de origem biliar. A lista é baseada em minha experiência com milhares de pacientes:

- dor no pescoço do lado esquerdo focada na musculatura que conecta os processos transversais de C4-C6 (isso pode também refletir problemas estomacais, pois o estômago e a vesícula têm inervações em comum)
- hipersensibilidade do couro cabeludo do lado esquerdo e seio facial esquerdo; o couro cabeludo se apresenta sensível quando o paciente penteia o cabelo
- tensão dolorosa no olho esquerdo, articulação frontal/nasal, e/ou narina esquerda
- dificuldade na respiração profunda (suspeito que a irritação na inalação ocorre porque a vesícula está comprimida contra as estruturas adjacentes, e suas conexões peritoneais sensíveis estão tensionadas. Por outro lado, se a exalação profunda causa dor, penso mais em estiramento que irrita o duto biliar comum e dutos biliares extra-hepáticos.)
- a posição em prono é desconfortável, e o sono sofre perturbações periódicas (em comparação, um paciente com problema hepático tem sono profundo de baixa qualidade, se encontra exausto pela manhã, e leva muito tempo para acordar)
- fadiga geral e mental se limitam ao tempo da crise (em problemas hepáticos, essas são severas e persistentes)
- hipertermia às vezes acompanha as crises, tipicamente entre 2 e 4 da manhã, ao passo que o paciente geralmente sente frio ao acordar
- o paciente sofre de dores de cabeça intensas não relativas a enxaqueca, iniciando do lado esquerdo e generalizando posteriormente durante a crise

- vertigem (talvez associada a disfunção do nervo frênico ou artérias vertebral e basilar)
- fotossensibilidade
- olfato hipersensível
- hipersensibilidade a sulfitos encontrados em cerveja, cidra, purê de maça, batatas fritas, etc.
- o paciente anseia por alimentos ácidos e tempera o que come (com vinagre, pimenta ou mostarda).

Diagnóstico

Ausculata Geral da vesícula é difícil de se diferenciar da ausculata do fígado. O paciente curva-se para a frente, com uma rotação muito leve à esquerda e flexão lateral à direita. Em problema hepático, pode-se perceber que o paciente primeiro curva-se à direita e, um pouco depois, curva-se para a frente. No entanto, para um distúrbio da vesícula de longa duração, o próprio fígado é geralmente afetado e a separação dos dois órgãos se torna sem sentido. Para alívio o paciente posiciona o ombro direito levemente para baixo e frente.

É sempre interessante observar como os indivíduos se movem e se posicionam; isso geralmente irá fornecer o diagnóstico. Por exemplo, pessoas propensas a enjôo por movimento assumem essa posição curvada à frente para evitar tensão muito intensa dos tecidos moles em torno da vesícula.

PALPAÇÃO

Com o paciente em supino, a palpação da vesícula se torna difícil; a posição sentado é preferível. O fundo da vesícula é mais anterior e portanto mais palpável. É também mais fácil a exploração em caso de patologia, como visto pela lei de Courvoisier. Para fazer a palpação da vesícula, tenha o paciente

sentado e curvado para a frente, e aplique pressão subcostal direita com a mão direita. Inicialmente, posicione a mão quatro dedos abaixo da margem costal e mova-a pósterosuperiormente e para a esquerda; a direção precisa dependerá do eixo da vesícula. Para evitar contração protetora do músculo reto abdominal, palpe utilizando a borda ulnar dos dedos da mão direita na borda lateral direita do músculo. Posicione os dedos sob o fígado e atrás da projeção costal da vesícula.

Normalmente, a borda inferior do fígado é lisa e indolor, ao passo que a vesícula é sensível ou hipersensível, mesmo em pessoas que nunca tiveram problemas biliares. Isso demonstra a inervação densa que caracteriza a vesícula e suas conexões peritoniais. No começo, preste atenção à sensibilidade porque de outra forma é muito difícil distinguir a vesícula do fígado.

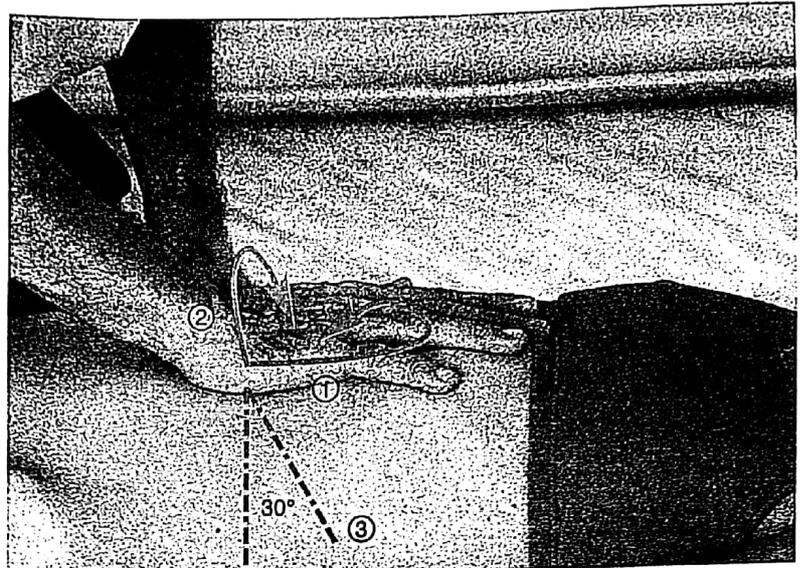
Comprima a vesícula contra a superfície inferior do fígado. Uma dor intensa, acompanhada de apnéia, pode significar colecistite. Sensibilidade sem dor intensa indica mais provavelmente um espasmo visceral. É também possível sentir fibrose nas paredes da vesícula durante a compressão. Se a sensibilidade sentida durante a compressão aumenta com um rebote, é indicativo de restrição ou irritação das paredes da vesícula e suas conexões peritoneais. As manipulações osteopáticas são frequentemente efetivas nessas condições.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL LOCAL

Para um diagnóstico diferencial local, posicione a mão direita no abdome do paciente, dedo médio ao longo da linha média e palma no umbigo (*Ilustração 6-5*). Para disfunções da **vesícula** (seta 1), os dedos se movem na direção da projeção superficial desse órgão, onde a margem costal intercepta

ILUSTRAÇÃO 6-5
Diagnóstico Diferencial Local:
Vesícula Biliar

1. Vesícula
2. Rim Direito
3. Eixo Pancreático



a linha médio claviclar-umbilical direita. A mão então prona e a palma tende, ainda, a se aproximar da projeção superficial da vesícula. Para o **esfíncter de Oddi**, as mãos não se movem inicialmente para cima, mas diretamente em pronação. A eminência tenar se move para dentro do esfíncter de Oddi, aproximadamente 3cm acima do umbigo, na linha médio claviclar-umbilical. Para o **rim direito** (seta 2), a diferença é mínima; conte com a palma da mão, que se move à direita e se mantém espalmada. A mão se estabiliza em uma posição 2 a 3cm à direita do umbigo, sem se mover na direção da margem costal direita. A palma então empurra mais profundamente em direção ao seio.

Para o **piloro**, a mão se mantém na linha média e se move 7 a 8cm acima do umbigo. A palma então se move à direita ou esquerda dependendo da posição do piloro. Para o **fígado**, a mão se move como para a vesícula, mas sem pronação; a palma se acomoda espalmada na margem costal direita. Para o **pâncreas** (seta 3), o eixo da mão se move em direção à margem costal direita, criando um ângulo de 30° com o plano transversal através do umbigo. A eminência tenar se encontra no esfíncter de Oddi ao final do movimento.

INIBIÇÃO

As técnicas de inibição são úteis na eliminação da possibilidade de úlcera antropilórica ou problema hepático. No entanto, elas demandam muita prática.

Suponha que as mãos se movam na direção da projeção superficial da vesícula e que se quer eliminar a possibilidade de envolvimento antropilórico. Crie um ponto de inibição na linha média próximo ao processo xifóide. Se as mãos continuam atraídas para o ponto da vesícula, o problema se encontra nesse órgão.

Envolvimento do fígado é geralmente um indício de patologia mais séria, e tal possibilidade deve também ser testada. Com a outra mão posicionada espalmada contra o fígado, iniba a motilidade hepática. Se a primeira mão continuar sendo atraída para o ponto da vesícula, a própria vesícula é provavelmente a origem do problema. Se a mão não mais se mover na direção da margem costal direita, deve-se suspeitar da participação do fígado.

OUTROS TESTES

Ao invés de comprimir a vesícula no lado inferior do fígado como descrito acima, tente

estirar os tecidos posicionando as mãos no duto biliar comum (ou colo transversal que se encontra sobre este) e empurrando para baixo. Se o paciente se sentir melhor, deve-se suspeitar de inflamação ou irritação da vesícula.

Para lesões da vesícula, a compressão lateral da 9ª-10ª costelas à direita perturba a inalação. A perturbação dolorosa pode estar centrada na projeção superficial anterior da vesícula. O teste de Murphy consiste em exercer pressão no ponto da vesícula com o intuito de limitar ou paralisar a respiração, como verificação de irritação significativa da vesícula. No entanto, é difícil diferenciar entre o fígado e a vesícula usando essa técnica.

O **duto biliar comum** está situado profundamente (15cm abaixo da superfície), atrás do duodeno; eu o palpo através do duodeno. Normalmente não é possível diferenciá-lo das estruturas vizinhas. Inflamações do duto biliar comum o torna sensível ao estiramento, e este pode portanto ser testado indiretamente pela elevação do fígado. Ao final do movimento, traga o tórax do paciente para uma posição de flexão posterior do tronco para aumentar o estiramento. Se houver inflamação do duto biliar, o paciente sentirá desconforto ou dor entre o fígado e o umbigo, levemente à direita da linha média. Infelizmente, tal desconforto pode também resultar de problemas no duodeno, piloro, ou rim direito. A manipulação do duto biliar comum deve sempre estar associada com a da vesícula, como discutiremos mais tarde nesse capítulo.

A projeção superficial do **esfíncter de Oddi** se encontra na linha médio clavicular-umbilical, dois dedos acima do umbigo. Para um teste de mobilidade, posicione a parte mais sensível da mão (geralmente a eminência tenar ou hipotenar) nesse ponto e exerça pressão com pequena rotação horária. Sensibilidade próximo ao final desse movimento indica um problema no esfíncter de Oddi ou papila duodenal. Se a sensibilidade ocorrer mais cedo, é mais provável que signifique

um problema do omento maior, intestino delgado, ou duodeno descendente. Dor ao rebote seguido à compressão sugere irritação dos tecidos locais. Para um teste de motilidade, pressione a parte mais sensível da mão levemente nesse ponto, seguido de várias rotações para movê-lo para dentro o mais profundamente possível. Libere a pressão um pouco. Ausculta normal do esfíncter de Oddi conduz a mão a uma rotação horária e anti-horária, com um ritmo razoavelmente lento. Se houver um problema, a palma se mantém espalmada e profunda, sem rotação. Ausculta Local de uma área semelhante a esfíncter que estiver fechada ou tiver movimentação anormal revelará movimento anti-horário, em contraste ao movimento horário presente quando o esfíncter está aberto.

RESTRIÇÕES ESQUELÉTICAS ASSOCIADAS

Em distúrbios da vesícula e dutos biliares, as vértebras cervicais estão frequentemente restritas à esquerda, ao nível de C4-C6. Acredito que essas restrições resultam de comprometimento funcional dos nervos vago e frênico. Teste da coluna cervical pode ajudar a localizar problemas biliares. Movimentos limitados, com restrição da mobilidade mais ao lado esquerdo, sugerem disfunção da vesícula. Restrições cervicais à direita estão mais associadas aos problemas hepáticos. Restrições costovertebrais do lado direito, especialmente em T7-T9, são quase automáticas em problemas biliares. Nunca ajuste isso antes de ter tratado da vesícula.

O teste de Adson-Wright não resultará positivo para problemas menores da vesícula. Resultados positivos serão obtidos para perturbações mais significantes do trânsito biliar com bloqueio da circulação intra-hepática. Esse teste resulta positivo para distúrbios hepáticos em função do desequilíbrio associado da tensão membranosa e

circulação sanguínea. Pressões sistólicas esquerda e direita, no entanto, se mantêm equilibradas.

Tratamento

Técnicas de manipulação apropriadas para a vesícula e dutos biliares foram discutidas previamente (*Manipulação Visceral I*, pág. 75-78), mas foram refinadas e melhoradas desde então. A manipulação é efetiva no tratamento de estase biliar, espasmos da vesícula, fibrose, e mesmo cicatrização e inflamação. A vesícula é comumente tratada em 4 estágios:

- liberação das restrições
- esvaziamento da vesícula (evacuação)
- estiramento do duto biliar comum
- indução (local ou geral).

LIBERAÇÃO DAS RESTRIÇÕES

Para liberar restrições da vesícula, posicione o paciente em posição sentado e aborde-o a partir da posição subcostal direita. Em caso de proteção muscular, aborde pela borda lateral direita do músculo reto-abdominal. Esteja sempre ciente do eixo fisiológico da vesícula. Mova os dedos de trás para a frente e direita para a esquerda para atingir a borda anteroinferior do fígado. A sensibilidade que surge imediatamente indica a posição da vesícula. Às vezes você ativa o ponto gatilho retro-escapular da vesícula estando nela. Empurre os dedos contra o lado inferior do fígado o mais atrás possível para chegar ao ápice, ou vá por baixo da vesícula e segure-a contra a superfície inferior do fígado. Encontre áreas de sensibilidade e libere-as pela alternância de leves pressões e relaxamentos através de leve massagem com as pontas dos dedos até o alívio da dor. Após a liberação dessas áreas, isto é, cessão da dor, faça movimentos circulares com os dedos sobre as áreas da vesícula.

Dessa forma, pode-se sentir metodicamente toda a superfície da vesícula e nenhum ponto passará despercebido.

EVACUAÇÃO DA VESÍCULA

Nesse estágio, mantenha o paciente na mesma posição e posicione os dedos no ápice da vesícula. Empurre ritmadamente ao longo do eixo da vesícula para auxiliar o fluxo biliar do ápice para o pescoço, isto é, primeiro superomedialmente e então inferomedialmente (*Ilustração 6-6*). A cada movimento, vá apenas o suficiente até encontrar resistência; será possível ir um pouco além da próxima vez. Repita essa manipulação até que ela ocorra suavemente, geralmente quatro a cinco vezes, mas nunca mais que dez vezes. Em pacientes magros, pode-se algumas vezes sentir claramente o pescoço.

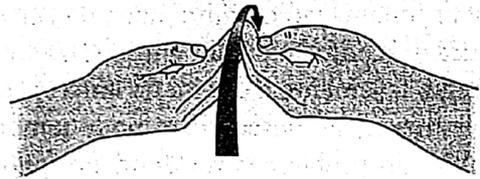


ILUSTRAÇÃO 6-6

Evacuação Colecística (Estágio da Vesícula)

ESTIRAMENTO DO DUTO BILIAR COMUM

Esse estágio se inicia no momento em que os dedos se movem para baixo na direção

do esfíncter de Oddi (*Ilustração 6-7*). Para nossos propósitos, pode-se pensar no duto biliar comum como o início do duto cístico.

Não relaxe a pressão manual durante esse estágio. A fim de evitar causar ou aumentar os espasmos da vesícula ou duto biliar comum, a manipulação não deve causar dor. Quando os dedos não podem mais mover-se para baixo, mantenha-os no lugar e posicione o paciente curvado para trás para aumentar a tensão longitudinal do duto biliar comum.

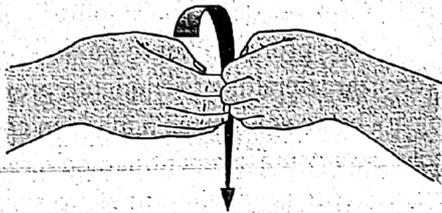


ILUSTRAÇÃO 6-7

Evacuação Coecística (Estágio do duto biliar comum)

Outra técnica muito útil é executada com o paciente na posição sentada, ambas as mãos juntas atrás do pescoço. Encontre o esfíncter de Oddi, fixe-o através de pressão direta posteriormente e inferiormente, e estire o duto biliar comum usando os cotovelos para levar o tronco do paciente em flexão posterior, rotação direita e leve flexão lateral esquerda. Repita ritmadamente até que possa sentir o estiramento ao longo do duto biliar comum. Uma variação dessa técnica consiste em abarcar a vesícula com uma das mãos, utilizando a abordagem subcostal, e empurrar o esfíncter de Oddi posteriormente, inferiormente, e lateralmente para atingir o mesmo efeito.

INDUÇÃO GERAL

A motilidade da vesícula é um movimento de gangorra onde esta se inclina pósteromedialmente (em direção à linha média) durante expir e anterolateralmente durante inspir. Para auscultar a motilidade e executar indução, posicione o calcanhar da mão na margem costal ao nível de T9. Quando induzir a vesícula, ao final do tratamento, é uma boa idéia induzir o fígado simultaneamente, garantindo assim que estejam trabalhando juntos.

A indução geral em torno da vesícula é feita com o paciente na posição sentado. Posicione os dedos na porção peritonizada da vesícula, isto é, a parte média do corpo. Geralmente haverá áreas doloridas por fibrose aqui. Deixe o corpo entrar em indução geral em torno das mãos. Inicialmente, o paciente executará movimentos amplos em torno da vesícula. À medida que os dedos executam uma indução local da vesícula, seus espasmos e aqueles do esfíncter começam a decrescer. A indução liberará, também, os tecidos fibrosados em torno da estrutura. Gradualmente, à medida que os espasmos da vesícula diminuem e os tecidos se tornam menos fibrosados e sensíveis, os movimentos amplos diminuirão e cessarão.

Use essa técnica mesmo que a mobilização direta lhe pareça eficiente; ela mobiliza o fígado e a vesícula em todas as estruturas vizinhas e permite que se encontre restrições das quais não se suspeitava. Essa situação é comum em caso de colecistite.

A indução geral é muito útil no tratamento de fibroses que ocorrem frequentemente em problemas crônicos de vesícula. À medida que a parede se torna mais espessa, esta perde seu papel fisiológico normal. Assim, a vesícula é forçada a aumentar sua pressão contrátil para descarregar a bile. Isso pode induzir a espasmos significativos que se tornam um problema em si. Em 1981 meu colega

Pierre Mercier e eu tratamos um paciente com colesterose (vesícula em forma de morango com colecistite, onde a lesão consiste de células lipóides nas paredes) usando indução geral. A espessura da parede da vesícula fora medida (através de ultrassom) ao início da sessão pelo Dr. Serge Cohen, e medida uma semana depois. Pudemos documentar uma diminuição de 50% na espessura da parede.

TÉCNICA DIRETA

Uma manipulação transversal do duto biliar comum pode ser executada com o paciente em decúbito lateral esquerdo com a perna direita dobrada. Essa técnica é similar à descrita para o duodeno descendente. Essa porção do duodeno deve primeiro ser estirado para atingir o duto biliar comum, ao qual está intimamente ligado.

Posicione os dedos ligeiramente à esquerda da linha alba e empurre-os à direita e para dentro na direção do duodeno (*Ilustração 6-8*). Em seguida, relaxe a pressão ligeiramente e mova o duodeno (1) transversalmente, (2) longitudinalmente em direção à margem costal, e (3) longitudinalmente em direção do umbigo e esfíncter de Oddi. Esses três estágios resultam na mobilização de toda a extensão do duto biliar comum.

REBOTE

Essas técnicas devem ser aplicadas com o paciente na posição sentado, pois ao elevar-se o fígado, estira-se o duto biliar comum e alonga seu eixo longitudinal a partir do fígado. Pode-se aplicar um rebote durante o estiramento do duto biliar comum empurrando os dedos em direção ao umbigo e liberando-os repentinamente. O efeito se concentra no esfíncter de Oddi. Pode-se também, durante a manipulação transversal do duto biliar descrita acima, "tocar" o duodeno descendente como se o mesmo fosse uma corda de violão.

O rebote mais efetivo é executado na projeção do esfíncter de Oddi. Empurre o pisi-forme o mais profundamente possível e faça-o deslizar lateralmente enquanto pressiona-o para baixo em direção à margem costal ou colo ascendente, e repentinamente relaxe a pressão. Você produzirá um efeito significativo e simultâneo no duto biliar comum e esfíncter de Oddi.

ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO

Em geral, recomenda-se que se inicie com técnicas para a vesícula na posição sentado, e então prossiga para o duto biliar comum

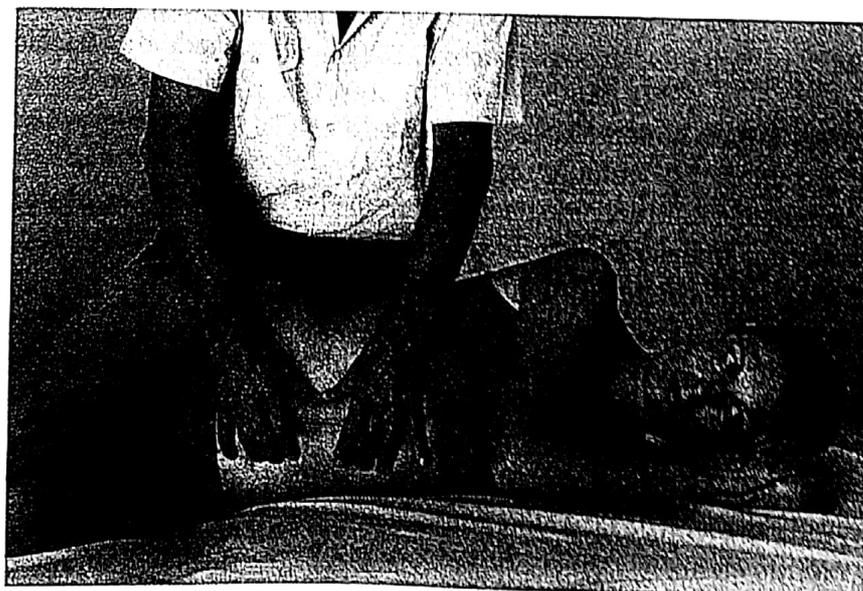


ILUSTRAÇÃO 6-8
*Manipulação Transversa do
Duto Biliar Comum
(Em Decúbito Lateral)*

e, por último, o esfíncter de Oddi. Tenho experimentado iniciar pelo esfíncter de Oddi, mas para mim, iniciar pela vesícula tem produzido melhores resultados no geral. No entanto, se sua experiência provar o contrário, não hesite em mudar meu plano.

O estímulo do piloro, flexura duodenojejunal, e junção íleo cecal aumenta a efetividade da manipulação biliar. O tratamento de restrições articulares deve ocorrer apenas após ter-se liberado sistematicamente aquelas do sistema biliar.

Termine a sessão com indução e técnicas cranianas. A motilidade da vesícula é altamente influenciada por restrições nos tecidos vizinhos, duto biliar comum, e esfíncter de Oddi; tais áreas devem, portanto, ser tratadas antes da indução da vesícula. Restrições cranianas devido a problemas biliares estão localizadas à esquerda na região frontal/ temporal, ao passo que restrições devido a problemas hepáticos estão localizadas à direita. Uma indução da vesícula deve *preceder* qualquer tratamento do crânio. O relacionamento é devido, aparentemente, a conexões fasciais, reflexos mediados pelos centros cerebrais que afetam a vesícula, e a outros mecanismos que ainda não entendemos.

O estado de todos os tecidos conectivos dentro e no entorno da vesícula e dutos biliares afeta o tônus desses órgãos biliares. A indução tem o maior efeito no tônus, notadamente na espasticidade das fibras contráteis. Um espasmo da vesícula pode ser rapidamente relaxado pelo uso dessa técnica. Suspeito que o efeito positivo da manipulação articular nos espasmos e tônus do sistema biliar é mediado pelo nervo vago e plexo celíaco. As funções recíproca e complementar dos sistemas autônomos simpático e parassimpático devem ser consideradas nesse contexto. As interações desses dois sistemas são complexas e muitas vezes sutis; eles nem sempre funcionam de maneira simplesmente antagonista.

O sistema digestivo reage a diferentes estímulos, alguns mecânicos (isto é, inges-

tão de alimentos e movimento) e alguns envolvendo reflexos nervosos originários das zonas reflexogênicas (veja Capítulo 1). No intuito de aumentar a coordenação entre a vesícula e o esfíncter de Oddi, é necessário manipular não apenas esses dois órgãos, mas também o piloro, flexura duodenojejunal e junção íleo cecal. Essas áreas são interdependentes; se a manipulação de uma delas não produzir resultados, tente as outras.

Sais de bile são altamente coleréticos (substâncias que estimulam a excreção de bile pelo fígado). Assim, a liberação da vesícula aumentará as secreções hepáticas. O estímulo dos nervos sensoriais vagais também produzirá esse efeito. Esses nervos aferentes têm sua origem na vesícula e dutos biliares, e podem ser estimulados por tensão nas paredes desses órgãos.

Fatores hormonais

Eu e outros profissionais clínicos temos notado que sintomas da vesícula em mulheres estão correlacionados a períodos de atividade ovariana. A maioria dos sintomas aparece no período pré-menstrual, e pesquisas têm mostrado que mais cálculos se formam durante a fase lútea. A fase do ciclo menstrual em que a paciente se encontra também determina os tipos de manipulação apropriados.

Durante a ovulação, as pacientes frequentemente relatam sensibilidade ou dor nos seios, e frequentemente se encontra restrições costovertebrais médio torácicas correspondendo à hiperatividade mamal. A manipulação da região médio torácica nesse período serve apenas para irritar os tecidos locais, aumentando assim o dolorimento nos seios e espasmos da musculatura para-vertebral e intercostal. Pode-se, ainda, desestabilizar uma compensação que está funcionando bem para a paciente. Nessa situação, teste as articulações costovertebrais. Se várias destas estiverem restritas e doloridas, evite a manipulação e peça à paciente

que volte em outra fase do ciclo. O mesmo se aplica a restrições torácicas, lombares, e sacro ilíacas, isto é, se descobrir tais restrições durante o período de ovulação, não as trate imediatamente. Se o fizer, correrá o risco de irritar a área da restrição que provavelmente iria restabelecer-se por si mesma dentro de poucos dias.

Por essa mesma razão, evite a manipulação das articulações lombares baixas e sacro ilíaca logo antes do período menstrual. Nesse momento, a região pélvica se encontra congestionada, o útero puxa os ligamentos sacrais, e todas as conexões ligamentares estão tensas e sensíveis. Uma manipulação, como da sacrilíaca, tem o risco de se provocar dor ciática. É bem normal haver restrições pré-menstruais nessas áreas. Em geral, quando descobrir que todas as conexões ligamentares numa área particular estão sensíveis, considere causa hormonal ou reflexogênica.

Em homens, variações hormonais (como os níveis de testosterona) são menos óbvias mas existem. Mudanças físicas são menos visíveis por fora e mais prováveis de serem negligenciadas. Os homens têm variações na atividade sexual bem documentadas, comumente associadas a variações hormonais.

Influência hormonal na vesícula e função do duto biliar pode explicar distúrbios que o paciente observa que ocorrem em ciclos (como mensalmente, no período do equinócio, anualmente). O paciente pode se apresentar para tratamento por algum sintoma secundário (como dor frequente no pescoço ou tórax) e se surpreender quando a Manipulação Visceral eliminar o problema. Como mencionado no Capítulo 4, acredito que o sistema endócrino também desempenha papel significativo em distúrbios do estômago.

Relações Emocionais

Problemas do Dia-a-Dia

A vesícula não tem a mesma significância emocional que o fígado, mas é um dos primeiros órgãos a reagir quando algo não está

bem, como quando você perdeu as chaves do carro. Isso não é um evento que abala o mundo, mas pode mesmo assim fazê-lo perder a paciência. A vesícula reage ao estresse diário.

Preocupações do Dia-a-Dia

Existem preocupações relativas a se viajar longas distâncias, por exemplo: Tenho todos os documentos necessários? Chegarei a tempo? A viagem sairá conforme planejado? A vesícula é o órgão que lida com as viagens e todas as preocupações e estresses envolvidos.

Questões Práticas

A vesícula reage a estresses de ordem muito prática e conflitos concretos. A genética e o desenvolvimento apropriado da psique da pessoa não afeta esse órgão.

Recomendações

CONTRA-INDICAÇÕES

Cálculos de vesícula não são contra-indicação para a osteopatia. É concebível que uma manipulação possa levar um cálculo a se mover para dentro da papila duodenal, interferindo com a função do duto pancreático e trazendo um risco de pancreatite. No entanto, isso nunca fora relatado, mesmo com os milhares de manipulações de vesícula executadas na França por mim e outros. Em geral, cálculos grandes não migram e as pequenas adentram o duodeno sem paralisar o esfíncter de Oddi.

Em alguns casos, as manipulações foram seguidas por sintomas sérios porém temporários, como náusea, vômito incontrollável, febre baixa e de curta duração, dor em torno do plexo celíaco, tontura, etc. Em geral, os resultados positivos que obtenho são proporcionais à intensidade desses sintomas temporários. Por exemplo, uma paciente com aproximadamente 40 anos me

consultou uma vez com problemas de hipertensão arterial (190/110mmHg). Após a manipulação da vesícula, duto biliar comum, e esfíncter de Oddi, seu corpo se cobriu de petéquias (pontos hemorrágicos pequenos de tonalidade roxa). Por uma semana, ela experimentou aumento de temperatura e uma fadiga intensa. Então, sua pressão sanguínea estabilizou-se em 120/70mmHg e tem se mantido assim por seis anos. Como se explica tais reações? O fígado desempenha um papel essencial no sistema de coagulação através da produção de heparina, protrombina, fibrinogênio, etc., mas não consigo encontrar outra correlação entre o tratamento e os sintomas observados nesse caso.

Se a manipulação da vesícula ou dutos biliares produzir efeitos colaterais mais significativos ou sintomas inesperados, não se arrisque. Encaminhe o paciente a um especialista, ou prescreva testes diagnósticos apropriados. Esteja sempre atento a indícios gerais como perda de peso e fadiga. Com o aparecimento de febre, pare temporariamente o tratamento e procure determinar

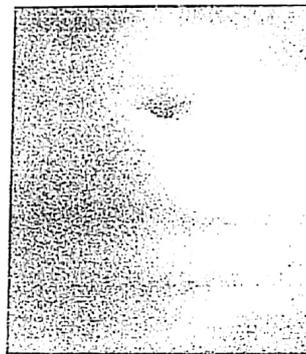
a causa da febre. Pode ser indício de uma infecção, que não devemos permitir que se alastre pelo corpo.

CONSELHOS AO PACIENTE

Avise ao paciente sobre possíveis reações intensas ao tratamento. Essas incluem vômito, náusea, hipotensão, e às vezes sintomas semelhantes aos da depressão. Felizmente, tais reações desaparecem comumente em poucos dias.

A dieta é importante, mas reações digestivas aos alimentos dependem dos processos hormonais, estado emocional, e fatores externos como clima, país, estação do ano, etc. Isso ajuda a explicar os efeitos algumas vezes imprevisíveis da dieta na função biliar.

Devo enfatizar novamente a interdependência da vesícula e o estômago. Pode-se tratar com sucesso um distúrbio na vesícula para em seguida observar o aparecimento de dores no estômago. Acredito que esse fenômeno é devido às suas inervações parassimpáticas comuns e sistema recíproco de compensação e adaptação.



CAPÍTULO 7

O Pâncreas e o Baço

■ CONTEÚDO DO CAPÍTULO

Pâncreas	130
Fisiologia e Anatomia	130
Inserções.....	130
Canais Excretores	130
Patologia.....	132
Pancreatite Aguda.....	132
Pancreatite Crônica	133
Câncer	133
Distúrbios Funcionais	134
Diagnóstico Osteopático.....	134
Ausculta	134
Diagnóstico Diferencial.....	134
Inibição	136
Restrições Esqueléticas Associadas.....	136
Tratamento	137
Local	137
Indução	138
Estratégia de Tratamento	139
Recomendações	139

Baço	139
Fisiologia e Anatomia.....	139
Relações anatômicas.....	140
Funções.....	141
Patologia.....	141
Esplenomegalia.....	142
Exame.....	142
Percussão.....	142
Palpação.....	143
Tratamento.....	143
Tratamento Viscoelástico do Baço.....	143
Relações Emocionais do Pâncreas e Baço	146
Situações Insuportáveis.....	146
Sentimentos de Mortalidade.....	146
Falta de Vontade de Viver.....	146
Energia Pré-natal.....	146

7 / O Pâncreas e o Baço

NO LIVRO *MANIPULAÇÃO VISCERAL I*, não descrevemos nenhuma técnica de manipulação do pâncreas ou baço porque as técnicas em uso naquela ocasião ainda não haviam demonstrado efetividade. Levou mais de vinte e cinco anos para que eu entendesse melhor o pâncreas e o baço. O baço ainda é um pouco misterioso, mas tenho sido capaz de aprimorar minhas técnicas de manipulação para benefício dos meus pacientes, embora sem prova formal de sua eficiência.

É mais fácil visualizar os efeitos da manipulação do pâncreas pois este conta com canais secretores, os dutos pancreáticos principal e acessório. Sempre que estiver trabalhando com um órgão que contém canais secretores, seu objetivo é aumentar o fluxo de secreções desse órgão. Você afeta realmente a qualidade das secreções? Estou convencido disso, mas não fui capaz de provar ainda.

Nunca fui capaz de demonstrar conclusivamente os efeitos da manipulação osteopática na função do baço. O órgão não conta com canais secretores e sua fisiologia está longe de ser totalmente entendida. O baço tem sido usado para fortalecer o sistema imunológico do corpo, e é verdade que alguns de meus pacientes mais jovens

têm apresentado menos dores de garganta ou inflamações dos bronquíolos após tratamento osteopático. Como isso pode ser explicado? O fígado pode facilmente ser palpado e mobilizado, mas é muito difícil diferenciar o baço de suas estruturas vizinhas durante a palpação.

No entanto, não se pode questionar e qualificar a afirmação dos outros indefinidamente. Na verdade, os trabalhos de muitas técnicas manipulativas são puramente uma questão de especulação. Por exemplo, é inquestionável que a manipulação de vértebras pode aliviar dores nas costas, mas o mecanismo da ação continua hipotético. Concluindo, não vou afirmar que é impossível manipular o baço, mas peço que seja apropriadamente modesto em suas afirmações e explicações a respeito desse tratamento.

Nesse capítulo, além de apresentar a pouca informação que tenho a respeito do baço, descreverei várias doenças do pâncreas e algumas técnicas de manipulação que tenho desenvolvido. A relação intrincada do pâncreas com o sistema hepatobiliar torna o diagnóstico diferencial sutil, e, algumas vezes, impossível.

Pâncreas

FISIOLOGIA E ANATOMIA

Essa glândula tem uma relação próxima com o duodeno, e sua manipulação está tipicamente interrelacionada. O pâncreas é maior em homens, com peso médio de 70g e comprimento de 18cm. É dividido em duas partes pelo mesocolo transverso, a parte supra mesocólica sendo a mais importante. Sua cabeça e corpo são essencialmente fixas. Por ter a cauda menos fixa e localizada mais profundamente, esta é difícil de palpar e impossível de diferenciar dos órgãos vizinhos. Por estar conectado à parede abdominal posterior próximo à vértebra lombar, o corpo e cauda reagem à pressão em L1 e L2 na linha média.

Para fins osteopáticos separo o pâncreas em duas partes:

- a cabeça e parte do corpo próximo a ela é o aspecto exócrino do pâncreas
- o resto do corpo e a cauda é o aspecto endócrino do pâncreas.

O aspecto exócrino do pâncreas é funcionalmente similar ao do fígado. Ele reage bem ao estímulo do duodeno e esfíncter de Oddi. O aspecto endócrino corresponde à sua atividade hormonal de regular a glicemia através da liberação de insulina e glucagon na corrente sanguínea.

Nota: O pâncreas é uma glândula muito frágil, que não se regenera após trauma mecânico. Não se utilize de técnicas diretas nesse órgão pois pode resultar em pancreatite. Diria até que *esse é provavelmente o único órgão onde a manipulação direta é perigosa.*

A inervação do pâncreas se origina no nervo vago e gânglio celíaco. A dor prematura de um câncer na cabeça do pâncreas é devido a infiltrações malignas dos tecidos em torno dos nervos, bem como pressões internas nos dutos secretores.

Inserções

Por não ter sido mencionado em *Manipulação Visceral I*, mencionarei brevemente algumas das inserções do pâncreas e sugiro enfaticamente que busque informações adicionais em seus livros de anatomia. Esse órgão é suportado pelo duodeno e peritônio parietal, que o comprime contra a parede abdominal posterior (*Ilustração 7-1*). O corpo é suspenso à partir da flexura duodenojejunal, e a cauda está livremente conectada ao baço através de uma porção do omento. Existe um sulco de 3cm do lado posterior da cabeça do pâncreas que segue o duto biliar comum; essa relação anatômica é de interesse terapêutico.

A cabeça se acomoda sobre os corpos de L2 e (parcialmente) L3, que é coberta pela parte crural direita do diafragma. Entre essas vértebras e o pâncreas encontra-se tecido adiposo envolvendo a aorta, veia cava inferior, e veia renal direita. Em caso de tumor pancreático, esses vasos são comprimidos, causando edema dos membros inferiores. O lado posterior do pâncreas, em algumas pessoas, parece ser retroperitoneal, enquanto o lado anterior é sempre peritoneal. Em todo caso, o pâncreas é funcionalmente dependente do peritônio.

Canais secretores

O duto pancreático está localizado acima do duto biliar comum, e os dois normalmente se unem antes de adentrarem ao duodeno descendente. Os dois dutos se unem ao nível da papila duodenal maior, onde adentram o duodeno descendente em sua porção posteromedial. Algumas vezes esse duto comum se amplia para formar a ampola de Vater antes de adentrar o duodeno. O duto acessório menor (duto de Santorini) se origina ao nível do pescoço do pâncreas e entra no duodeno através da papila duodenal menor, 2 a 3cm acima da papila duodenal maior (*Ilustração 7-2*).

PÂNCREAS

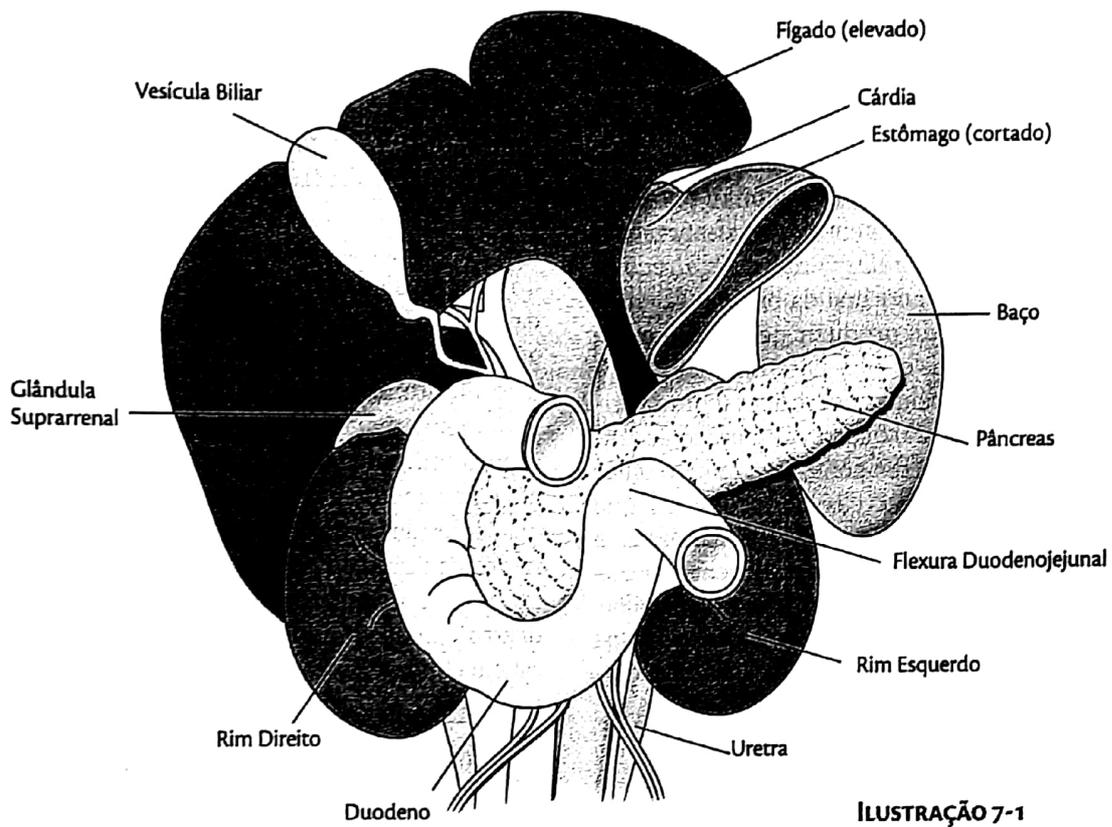


ILUSTRAÇÃO 7-1
Pâncreas

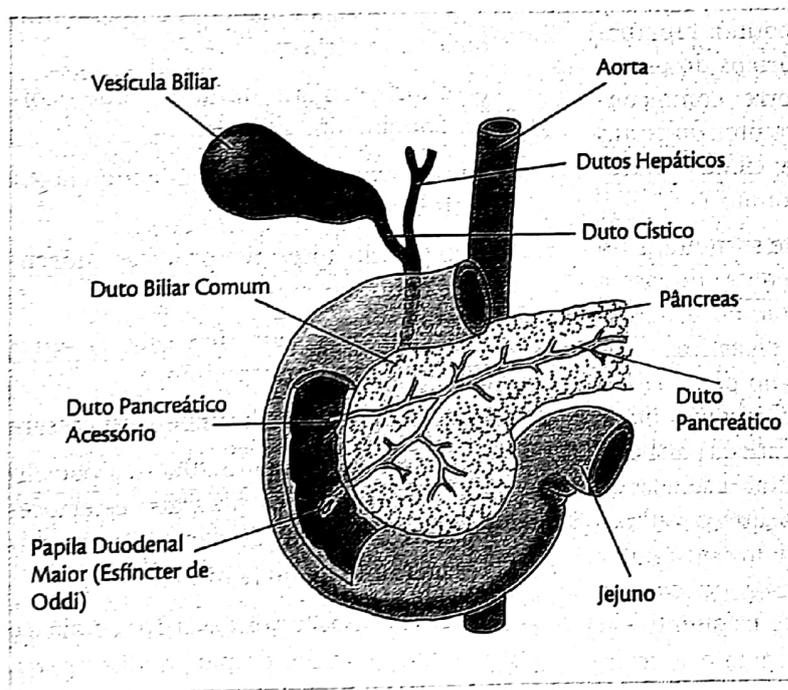


ILUSTRAÇÃO 7-2
Canais Secretores do Pâncreas
(segundo Testut)

O pâncreas pode secretar por volta de um litro de sucos digestivos por dia. Durante períodos de jejum, há muito pouca secreção pancreática. Em 70% das pessoas, o duto biliar comum e o duto pancreático compartilham um canal comum (veja cima), por volta de 5mm de comprimento, o qual apresenta a possibilidade de refluxo nas duas direções. Um movimento anormal da bile para dentro do pâncreas pode produzir destruição e necrose lipídica das células parenquimatosas. A dissolução das células necróticas (como verificado em autópsia) ocorre num prazo de vinte e quatro horas. Em geral, esse refluxo biliar para dentro do pâncreas não ocorre porque a pressão do duto pancreático é maior que a dos dutos biliares. As exceções ocorrem durante disfunções fisiológicas do duto biliar comum ou cístico, ou quando a pressão dentro dos dutos se eleva por processos patológicos como colecistite ou pedras.

PATOLOGIA

Pancreatite aguda

Essa é uma condição que normalmente acompanha outras patologias, de longe as mais comuns são alcoolismo e pedras de vesícula. Pode também ser encontrada em pacientes com úlcera péptica, doenças infecciosas (ex., caxumba, hepatite), hiperparatireoidismo, e outros distúrbios do tecido conectivo. Pode também ocorrer como consequência secundária a um trauma ou certas drogas (incluindo anticoncepcionais, tetraciclina, e diuréticos de uso comum).

A teoria mais amplamente sustentada no momento para a patogênese dessa doença é que ela resulta da autodigestão do pâncreas pela ativação das enzimas digestivas proteolíticas e lipolíticas dentro do pâncreas ao invés do intestino delgado. O refluxo biliar para dentro dos dutos pancreáticos (veja acima) pode ser responsável. Na ausência de pedras de vesícula, suspeito que o refluxo biliar pode ocorrer secundariamente à inflamação ou fibrose das papilas duodenais. A pancreatite, que é igualmente frequente em homens e mulheres, é geralmente auto-

mitante e retrocede dentro de uma semana após seu início. Em casos extremos, ex., pancreatite com edema intersticial, necrose, ou hemorragia, pode ser fatal.

A dor se caracteriza por ser intensa e penetrante por natureza. A localização da dor depende da posição retroperitoneal do pâncreas e da porção afetada do órgão: cauda (hipocôndrio esquerdo), corpo (epigástrico) ou cabeça (epigástrico, hipocôndrio direito, e região de T10-L2). A dor é geralmente mais intensa na posição supina, o paciente obtendo alívio ao assumir uma posição sentado curvando-se à frente, pernas dobradas, e braços cruzados pressionados contra o epigástrico. A dor é mais ou menos excruciante dependendo do nível de destruição da glândula; em muitos casos, é razoavelmente leve.

Outros sintomas incluem:

- dor intensa e constante irradiando para as costas, peito e pelve
- náusea, vômito, problemas no trânsito intestinal, fezes gordurosas contendo fibras não digeridas
- o paciente se sente exausto, agitado, e preocupado
- a pele apresenta manchas e as extremidades estão frias
- o volume urinário diminui; pode ocorrer choque hipovolêmico
- não há febre no início, podendo chegar mais tarde à 39°C
- o epigástrico apresenta proteção muscular e contrações
- palpação causa dor, mas esta é menos intensa que a dor espontânea
- os sons intestinais diminuem ou cessam
- em aproximadamente 20% dos pacientes ocorre efusões pleurais, estertores basilares, e outras evidências pulmonares, geralmente no lado esquerdo.

Dor intensa nos locais descritos acima é o sintoma mais comum de pancreatite aguda.

Outros distúrbios apresentam os mesmos sintomas que cólica biliar, infarto do miocárdio, úlcera gastroduodenal, infarto do mesentério, e dissecação da aorta. O diagnóstico diferencial é mais difícil no caso de perfuração de vísceras ocas, com extravasamento de conteúdo para a cavidade peritoneal.

Pancreatite crônica

O estágio inicial desse distúrbio é geralmente assintomático. Pode-se seguir leves episódios de dor abdominal ou, ocasionalmente, pancreatite aguda. Em aproximadamente metade dos casos ocorre uma calcificação ao longo dos canais secretores ou (particularmente em paciente com histórico de alcoolismo) no parênquima do pâncreas. Os ácinos são substituídos por tecidos fibrosos, apresentando metaplasia e dilatação dos canais secretores. Há um foco inflamatório com edema necrótico e depósitos de sais de cálcio. As ilhotas de Langerhans são preservadas. A pancreatite crônica se associa ao alcoolismo, hiperparatireoidismo, hiperlipidemia, cirurgia gástrica ou, mais raramente, fibrose cística, trauma, ou úlcera péptica.

Os sintomas incluem:

- má digestão, com material gorduroso não digerido e proteínas nas fezes
- perda de peso
- dores espontâneas (à esquerda em casos de paciente alcoólatras ou com pedras de vesícula)
- amarelidão intermitente e leve, diabetes, dispepsia, e febre baixa crônica.

O aparecimento da dor é imprevisível. Essa pode ser mais intensa no quadrante superior esquerdo ou direito, ao longo de todo o abdômen superior, ou mesmo referir à parte anterior do peito. Tenho acompanhado 4 casos de pancreatite crônica em seus estágios iniciais. Um deles me procurou queixando de dor súbita e inexplicável nas costas, e outro de dor aguda na parte baixa das costas (que começou após ter trabalhado em sua oficina). Nenhum desses pacientes tinha

muitos outros sintomas adicionais, além de taquicardia e perda de fôlego suspeita.

Câncer

O câncer pancreático, quarta maior causa de morte por câncer nos Estados Unidos, tem ocorrência 50% maior em homens que em mulheres. Após os 40 anos de idade, os diabéticos e fumantes correm mais risco. O pico de incidência ocorre entre pacientes acima dos 60 anos.

Sintomas incluem dor epigástrica associada a dor aguda na região supra-umbilical, com irradiação transversal e posterior que piora na posição supina. O paciente sente leve alívio quando de pé ou sentado abraçando os joelhos. Sintomas clássicos são anorexia, perda significativa de peso, e amarelidão persistente (particularmente em cânceres da cabeça do pâncreas). Outros sintomas comuns são coceira intensa, urina escura, fezes amareladas, perturbação do trânsito intestinal (diarréia ou constipação), e depressão com pressentimento de doença séria antes do aparecimento dos sintomas reais. Algumas vezes ocorre hipertrofia da vesícula a ponto de esta ser palpável, resultado de sua tentativa de proteger o parênquima hepático do refluxo. A lei de Courvoisier (ver Capítulo 6) afirma que ao sentir uma vesícula dilatada, não macia, em um paciente com amarelidão, pode ser sinal de obstrução do duto biliar comum causada por carcinoma da cabeça do pâncreas. A morte ocorre geralmente dentro de seis meses após o diagnóstico. Sintomas tardios incluem metástase do fígado, aumento dos linfonodos supra claviculares esquerdos, esplenomegalia, e fezes amareladas abundantes que cheiram mal e são pastosas, e contém pouca ou nenhuma bile.

Apresentação silenciosa e traiçoeira, sem ataques agudos, cólicas biliares, febre ou calafrios é uma característica do câncer pancreático. *Uma vesícula aumentada acompanhada por um fígado regular moderadamente aumentado, firme sem outros sinais*

hepáticos (angiomas de Spider, circulação venosa colateral abdominal, e esplenomegalia) são sintomas clássicos.

Distúrbios Funcionais

Até aqui nessa seção, tenho descrito sintomas de enfermidades sérias ou fatais do pâncreas. Existem também sintomas de problemas funcionais menos sérios, muitos semelhantes àqueles do fígado:

- hipersensibilidade a cheiros, especialmente perfumes fortes
- desconforto pós-prandial com desconforto epigástrico, leve náusea ou sudorese, sensação de calor
- fadiga pós-prandial (especialmente alimentos ricos em açúcar), que diminui com o tempo
- irritação na escápula esquerda após refeição muito farta
- respiração superficial ao final da refeição e durante os primeiros estágios da digestão
- desconforto do abdome superior
- posição levemente curvada à frente
- atração a alimentos condimentados e azedos, ingeridos em pequenas quantidades
- fezes descoloradas.
- cafés da manhã fartos, seguidos de fome aproximadamente uma hora depois. Isso é devido, provavelmente, ao fato de que o café da manhã geralmente contém muitos alimentos doces resultando em mais trabalho para o pâncreas.

Concluindo, os sinais de distúrbios pancreáticos são melhor observados após as refeições. Tais distúrbios tendem a exaurir o paciente e produzir um reflexo musculocutâneo projetado principalmente na direção da escápula esquerda. Um "alerta vermelho" (para câncer) é perda de peso associada a uma vesícula hipertrofiada facilmente palpável, fezes descoloridas, urina escura, nódulos supra claviculares aumentados e leve amarelidão. Se um paciente apresenta vários desses sinais, encaminhe-o a um oncologista.

DIAGNÓSTICO OSTEOPÁTICO

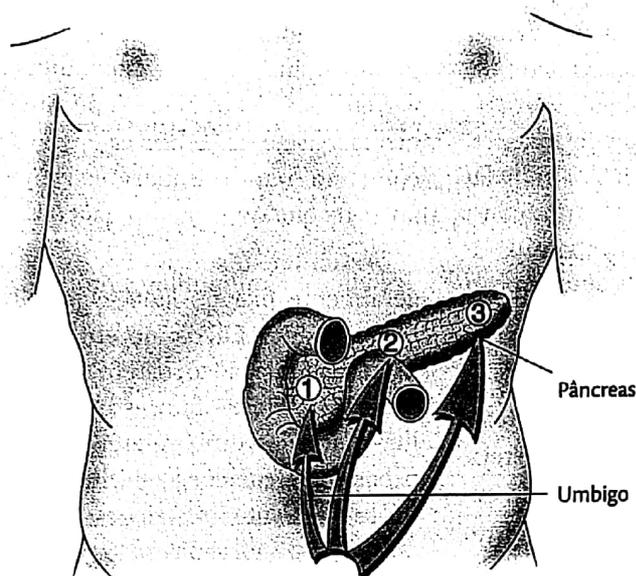
Ausculata

Na Ausculata Geral, o paciente se posiciona curvado à frente (queixo no esterno), e então em flexão lateral à esquerda e rotação à direita. Uma vez pude experimentar esse tipo de ausculata em vários pacientes de câncer pancreático e diabéticos dependentes de insulina que concordaram em adiar a aplicação de suas injeções de insulina por várias horas. Surpreendentemente, tão logo os pacientes diabéticos injetaram a insulina, a ausculata não mais os levou a uma posição curvada à frente. Fui capaz de refinar a técnica de ausculata em pacientes com câncer pancreático. Na medicina convencional, descreve-se como posição de alívio para o paciente de câncer pancreático aquela curvada à frente com a cabeça entre os joelhos para aliviar as tensões em torno do pâncreas. A Ausculata Geral geralmente leva o paciente a uma posição de alívio muito próxima a esta.

Diagnóstico diferencial

Posicione a eminência hipotenar no esfíncter de Oddi, cuja projeção se encontra na linha médio clavicular-umbilical, dois a três dedos acima do umbigo. O eixo médio da mão, representado pelo dedo médio, se encontra numa linha formando um ângulo de 30° com o plano transversal (*Ilustração 7-3*). Com o intuito de atingir o **corpo do pâncreas**, a mão primeiro se move posteriormente além do esfíncter de Oddi e então em direção à margem costal esquerda, ao longo do eixo longitudinal do pâncreas. Com a prática, você sentirá o movimento tipo "gangorra" ou "mata-borrão", isto é, movimento seqüencial no qual o calcanhar da mão se move primeiro, depois a palma, e finalmente os dedos. Esse é o movimento da cabeça do pâncreas que se propaga em direção à cauda. A mão pressiona

ILUSTRAÇÃO 7-3
Diagnóstico Diferencial Local:
 Pâncreas



1. Cabeça do pâncreas (pâncreas exócrino)
2. Corpo do pâncreas (pâncreas endócrino)
3. Cauda do pâncreas (pâncreas endócrino)

principalmente com a palma (que é côncava) e almofadas dos dedos. Quando os dedos se movem mais profundamente, a palma relaxa levemente, e vice-versa. Tenho experimentado com a técnica de Ausculta Local em diabéticos. Anterior à injeção de insulina, é fácil sentir o movimento “gangorra” do pâncreas. Após a injeção, é impossível. Esse fenômeno fornece outras evidências de que a Ausculta Local é afetada pelo estado dos órgãos.

Na Ausculta Local, as mãos se movem profundamente para dentro, e ao final do curso realiza leve rotação horária/anti horária no duto pancreático que é comparável à ausculta do esfíncter de Oddi. Isso provavelmente se deve à conexão entre o duto pancreático e o esfíncter de Oddi. É muito difícil diferenciar entre eles, exceto pelo deslocamento das mãos levemente em direção à cauda do pâncreas ao final do movimento do duto pancreático. É mais fácil usar manipulação osteopática para tratar a cabeça que o corpo do pâncreas. Ausculta Local do corpo resulta frequentemente positiva após infecções infantis mais significativas (bacteriana ou viral). Outros têm sugerido que a vacinação também produz esse efeito, mas sem documentação.

Para diagnóstico diferencial do **duto biliar comum**, a eminência hipotenar se man-

tém na projeção do esfíncter de Oddi, mas a borda ulnar da mão se move para dentro de uma linha paralela à linha média, porém ligeiramente à sua direita. A mão então descansa sobre a borda ulnar e se move posterosuperiormente em uma rotação horária. Esse movimento, que tende a mover a mão para cima, permite a diferenciação entre ausculta de estruturas hepatobiliares e estruturas pancreáticas associadas ao esfíncter de Oddi.

Para o **fígado**, a mão assume a mesma direção horária do duto biliar comum sem se adentrar tão profundamente. Ao final do movimento, a palma se encontra na margem costal inferior. Para a **vesícula**, a eminência hipotenar deixa a projeção do esfíncter de Oddi e é atraída diretamente (sem nenhuma rotação) na direção da projeção da vesícula, na interseção da linha médio clavicular-umbilical na 8ª-9ª costela. Ao final do movimento, o pisiforme se encontra nessa projeção, contra a margem costal. Isso se difere da Ausculta Local do fígado, onde, em função da rotação horária que ocorre, toda a palma está contra a margem costal (veja Ilustração 5-2).

Para o **piloro**, a eminência hipotenar se move para cima e para dois dedos abaixo da margem costal, à esquerda ou direita da linha média, dependendo da posição do

Piloro. Geralmente, quando há problemas, este se encontra à direita. Para o **rim direito**, a eminência hipotenar desliza lateralmente à direita, a 2cm do umbigo, movendo profundamente para dentro e levemente para cima. Ao final do movimento, o eixo da mão está próximo à linha média, e num ângulo oblíquo que vai de medialmente para lateralmente.

Inibição

É difícil distinguir entre motilidade pancreática e hepatobiliar. Vamos assumir que esteja indeciso entre um problema na vesícula ou cabeça do pâncreas. Crie um ponto de inibição na projeção superficial da vesícula e, com a outra mão, teste a região do pâncreas/esfíncter de Oddi. Se a mão inicialmente não se mover e depois, ao relaxar o ponto de inibição, mover-se em direção à vesícula, é indicativo de problema na vesícula.

Pode-se também posicionar a eminência hipotenar na projeção superficial da vesícula e criar um ponto de inibição na projeção do pâncreas/esfíncter de Oddi, exercendo uma compressão com rotação horária nessa última projeção. Se a mão na projeção da vesícula parar durante a pressão e então se mover em direção à projeção de Oddi ao liberar-se a pressão, pode-se prever um problema nessa última área.

Restrições esqueléticas associadas

Coluna vertebral: Em problemas pancreáticos, existe uma restrição associada em T9. Pode também haver dor aguda nas costas em torno de T9-T11, primariamente à esquerda. Pode-se demonstrar o mesmo fenômeno em paciente dependente de insulina, testando a coluna vertebral antes e após a aplicação da mesma. Fiz isso umas dez vezes; a coluna vertebral se relaxa consistentemente após a injeção de insulina. É surpreendente o quão rápido T9 se libera.

Não sei se o mecanismo é hormonal ou nervoso, ou ambos. Esse fenômeno, no entanto, ilustra mais uma vez as muitas restrições vertebrais que são devidas puramente a problemas viscerais. É por isso que sempre recomendo tratar primeiro restrições viscerais antes de qualquer manipulação vertebral.

Articulação sacrilíaca: Esta se encontra geralmente fixa no lado esquerdo em problemas pancreáticos; no entanto, restrições nessa articulação ocorrem por uma multitude tão vasta de fatores que não é aconselhável usá-la como referência. A músculos psoas e articulações sacrilíacas estão sujeitos a frequentes restrições, principalmente porque são inervadas pelos plexos nervosos lombares, que também servem à maioria dos órgãos abdominais. Por essa razão, refiro-me a eles como “cesta de lixo” do corpo. Por exemplo, pelo menos uma articulação sacrilíaca estará tipicamente fixada em uma mulher antes do período menstrual; o problema se dissolve rapidamente após o mesmo. Dores agudas e, mais raramente, dor crônica na parte baixa das costas ocorrem com frequência em problemas pancreáticos. Se existirem problemas de ciática nesse contexto, estes geralmente ocorrem à esquerda.

Articulação glenoumeral esquerda: Problemas pancreáticos geralmente geram um reflexo retro escapular projetado na inserção do músculo elevador escapular. Esse ponto se encontra geralmente à esquerda, simetricamente oposto ao da vesícula, e pode ser atribuído a irritação do tronco do nervo frênico. Um ponto na escápula esquerda significa lesão no corpo do pâncreas; quando não houver projeção retro escapular de problema da vesícula, um ponto à direita pode indicar problema do pâncreas exócrino. Não fui capaz de demonstrar sinal positivo de Adson-Wright ou diferença na pressão arterial em problemas pancreáticos, talvez porque os tecidos moles não são suficientemente afetados a ponto de causar tensões fasciais ou efeitos reflexos nas artérias subclávias.

TRATAMENTO

Considero a manipulação do pâncreas quando os testes de motilidade estão anormais e um ou mais dos sintomas seguintes estão presentes:

- digestão difícil
- fezes esbranquiçadas e com aspecto de massa, contendo alimentos não digeridos
- intolerância digestiva ou dificuldade em absorver açúcar
- fadiga excessiva.

Na literatura médica convencional, existem umas poucas descrições de doenças funcionais do pâncreas. Na minha opinião, inúmeros problemas pancreáticos se escondem atrás ou são mal diagnosticados como doenças funcionais do fígado, e a fronteira entre os dois é altamente variável.

Uma excelente indicação para manipulação osteopática das vísceras é quando os canais secretores ou suas anastomoses não podem garantir um trânsito normal. Tais perturbações ao trânsito podem ser causadas por fibroses ou escleroses do tecido pancreático e estruturas vizinhas, ou por esclerose do esfíncter de Oddi com conseqüente perturbação na secreção pancreática ou hepatobiliar.

Local

É importante primeiro liberar todos os tecidos e órgãos localizados anteriormente ao pâncreas, como o omento maior e o intestino delgado, antes de trabalhar no pâncreas. O primeiro passo no tratamento osteopático de problemas do pâncreas é a manipulação do duodeno e esfíncter de Oddi (*Ilustração 7-4*). Como mencionado acima, as secreções pancreáticas podem chegar a dois litros por dia, e essa massa líquida deve ser capaz de se mover suavemente do pâncreas ao duodeno através de vários dutos e papilas.

Comece pelo estiramento do **duodeno descendente** pela fixação do ângulo de D1-

D2 sob o fígado e elevação do mesmo pósterio-superiormente. Em seguida, use manipulação lateral para fazer o duodeno descendente se mover no plano transversal. Por fim, libere o **esfíncter de Oddi** por técnica direta e indução ativa/passiva (ver Capítulo 4). Sugiro, também, a manipulação do **rim direito**, que pode liberar a parte posterior do duodeno descendente. As **conexões peritoneais** devem ser liberadas o mais possível, pois restrições profundas nestas áreas são causa frequente de restrições viscerais. Após fazer várias compressões/rotações do

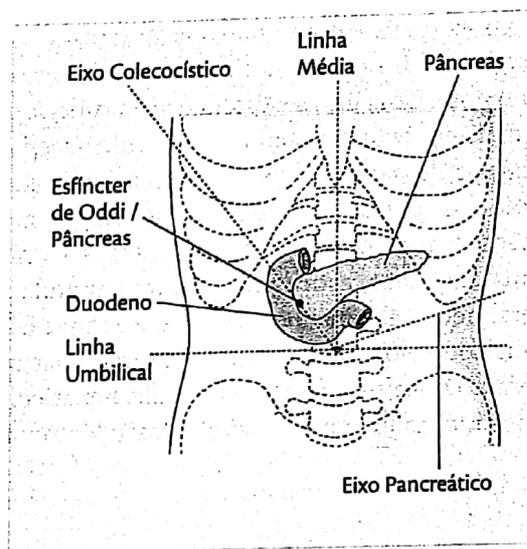


ILUSTRAÇÃO 7-4

Esfíncter de Oddi e Pâncreas

esfíncter de Oddi, faça pequenos movimentos diretos de estiramento ao longo do eixo do corpo do pâncreas utilizando-se da elasticidade dos tecidos que se encontram acima dele. Tais manipulações devem ser gentis porque o pâncreas é um órgão frágil. Essa é uma das razões pelas quais prefiro a mobilização dos tecidos acima do pâncreas ao pâncreas propriamente dito.

Para o **corpo do pâncreas**, posicione o pisiforme na projeção do esfíncter de Oddi e o restante da mão no eixo pancreático (que prescreve um ângulo de 30° ao plano transver-

sal). Então utilize uma técnica direta de “gangorra” (veja abaixo) na qual os tecidos moles em torno da cabeça, corpo, e cauda do pâncreas são liberados em seqüência (Ilustração 7-5). Repita essa técnica ritmadamente até sentir a liberação. Termine com uma indução, tentando incluir o esfíncter de Oddi.

O lado anterior do pâncreas se encontra parcialmente coberto pelo peritônio parietal posterior e é atravessado pela raiz do mesocolo transversos, ao qual se adere pela borda inferior (Ilustração 7-6). É importante a liberação do mesocolo pelo estiramento do mesmo através das duas flexuras cólicas (com as quais ele compartilha inúmeras fibras). Mobilize as duas flexuras superolateralmente. Uma única e direta tração superior é mais efetiva no tratamento do colo ascendente e descendente, bem como a fásia de Toldt. O paciente se senta com ambas as mãos atrás da cabeça, cotovelos juntos. Com uma das mãos, estire uma flexura superolateralmente, e com a outra abarque e mova os dois cotovelos do paciente para rotacionar o tórax. Desse modo, para o ângulo hepático, você realiza uma rotação à direita

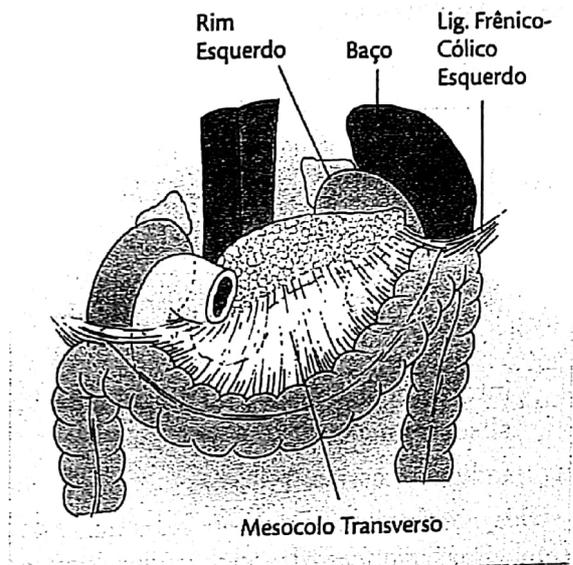


ILUSTRAÇÃO 7-6
Mesocolo transversos e pâncreas
(segundo Gregoire e Oberlin)

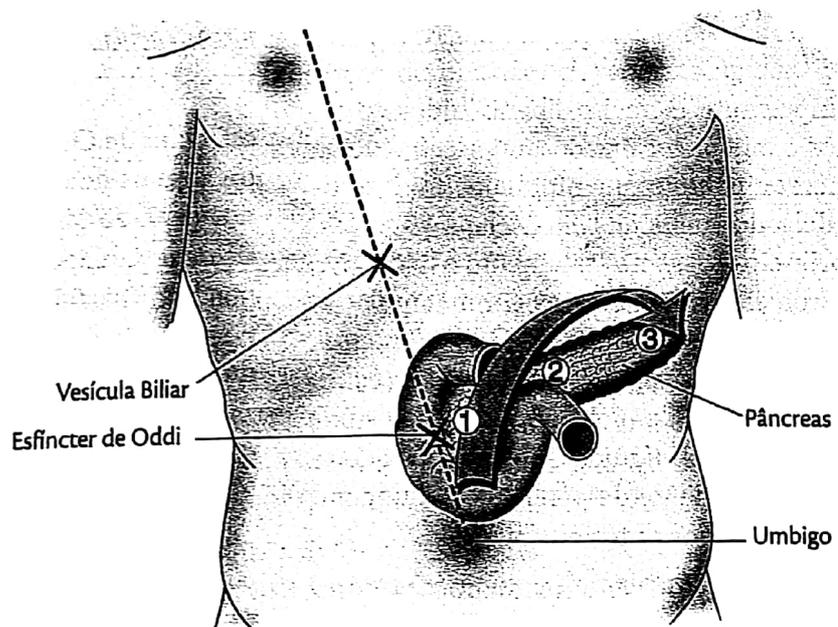
para estirar os ligamentos frênico-cólicos e mesocolo transversos.

Indução

A indução do pâncreas é feita com o calcanhar da mão posicionado sobre a projeção da cabeça do pâncreas, e o restante da mão

ILUSTRAÇÃO 7-5
Indução do Pâncreas

1. Cabeça do pâncreas (pâncreas exócrino)
2. Corpo do pâncreas (pâncreas endócrino)
3. Cauda do pâncreas (pâncreas endócrino)



sobre o corpo e cauda. A técnica é executada seqüencialmente com áreas diferentes da mão. No início do expir, o calcanhar da mão é puxado posteriormente, e à medida que libera, o meio da mão é puxado para baixo, seguido pelos dedos. Em inspir, o processo se inicia nas pontas dos dedos e progride para o calcanhar da mão. Geralmente uma das fases do ciclo (inspir ou expir) será predominante. Como é sempre o caso em indução, acentue a fase predominante, mas não resista à outra fase. Repita o ciclo até que sinta uma liberação. Esse tipo de indução é conhecido por técnica do balanço ou "gangorra" (Ilustração 7-5).

Estratégia de tratamento

Existem poucas técnicas específicas para o pâncreas; sua posição o torna interdependente de outros órgãos como o duodeno, colo transversal, rins, e baço. Antes de mais nada, recomendo a liberação dos dutos secretores pancreáticos, que se comunicam com os dutos biliares hepáticos na papila duodenal maior. O tratamento deve ser direcionado à região próxima ao pâncreas/esfíncter de Oddi, e então ao próprio pâncreas, mudando progressivamente da técnica direta para a indução. Após tratamento local, manipule o fígado e duto biliar comum, que parece causar efeito na função pancreática. Para a liberação do corpo e cauda do pâncreas, trabalhe a flexura esplênica do colo, o ligamento gastrofrênico, e o rim esquerdo. Termine o tratamento eliminando espasmos em zonas muito reflexogênicas como a flexura duodeno-jejunal e a junção íleo cecal.

É difícil verificar se o tratamento do pâncreas foi efetivo ou não. Uma disfunção menos importante desse órgão geralmente não apresenta sinais externos; não há nada a se ouvir com um estetoscópio, e técnicas por imagem não mostram nada. Assim, o tratamento deve se basear na liberação do es-

fíncter de Oddi e normalização das técnicas de ausculta.

RECOMENDAÇÕES

Nunca deixe um paciente diabético pensar que as técnicas descritas aqui eliminarão sua dependência da insulina. A manipulação do pâncreas é efetiva no tratamento de problemas digestivos gerais, mas não a ponto de regular uma hiperglicemia significativa.

O açúcar deve ser evitado por pacientes com problemas do pâncreas, mas a experiência tem mostrado que a hora da ingestão é também significativa. Açúcares ingeridos com o estômago vazio serão mais nocivos. Meus pacientes têm relatado problemas particularmente severos entre 11 da manhã e meio-dia, e entre 5 e 7 da tarde. Os alimentos a serem evitados se encontram listados no Capítulo 5.

Baço

FISIOLOGIA E ANATOMIA

Deve-se familiarizar o mais possível com esse órgão para que se possa detectar anomalias quando essas ocorrerem. Ele é fácil de palpar na maioria das crianças, mas não em adultos. A fácil palpação em adultos indica esplenomegalia, que é um indício patológico. Como notado acima, a fisiologia do baço não é bem entendida, e deve-se tomar cuidado antes de se sentir competente o suficiente para tratá-lo manualmente com eficiência. Tenho trabalhado no aperfeiçoamento de técnicas de manipulação especialmente desenvolvidas para o baço, mas ainda hesito em endossá-las completamente.

Seguindo o axioma de Still que reza que a função depende da estrutura, parece lógica a liberação do ambiente anatômico do baço. Sabemos que qualquer restrição mecânica perturba a correta fisiologia visceral. Minha recomendação é que se trate o baço indiretamente através das estruturas vizinhas, como a flexura esplênica, estômago, rim

esquerdo, ligamento gastrofrênico, diafragma, e costelas.

O baço é o mais macio e menos resistente dos órgãos glandulares. Pode se romper por um trauma, e a sutura do baço é praticamente impossível. Por essa razão, este é frequentemente removido após um trauma.

O baço tem 13cm de comprimento, 8cm de largura e 3cm de espessura em homens, e é geralmente menor em mulheres e pessoas mais velhas. Ele pesa por volta de 180g. Ele tem uma consistência flácida, suas bordas são finas e apresenta um prolongamento inferior ao longo da borda lateral do quadrante superior esquerdo. O parênquima consiste de dois tipos de tecidos, polpa branca e polpa vermelha, que funcionam como parte dos sistemas linfático e circulatório, respectivamente.

Relações Anatômicas

O baço se localiza na parte posterosuperior do abdome, entre a 9ª e 11ª costelas (*Ilustração 7-7 e 7-8*). Sua superfície superior é convexa e a inferior côncava. A parte que se alonga posterosuperiormente está a 2cm do processo transverso de T10. É limitado lateral, posterior e superiormente pelo diafragma; medialmente pela superfície posterolateral do estômago; e inferiormente pelo rim esquerdo e glândula adrenal, mesocolo transverso, ligamento frênico-cólico esquerdo, e a cauda do pâncreas. O ligamento frênico-cólico esquerdo tem uma depressão em forma de xícara (Testut, 1922) onde o baço repousa, e é às vezes chamado de ligamento suspensório do baço.

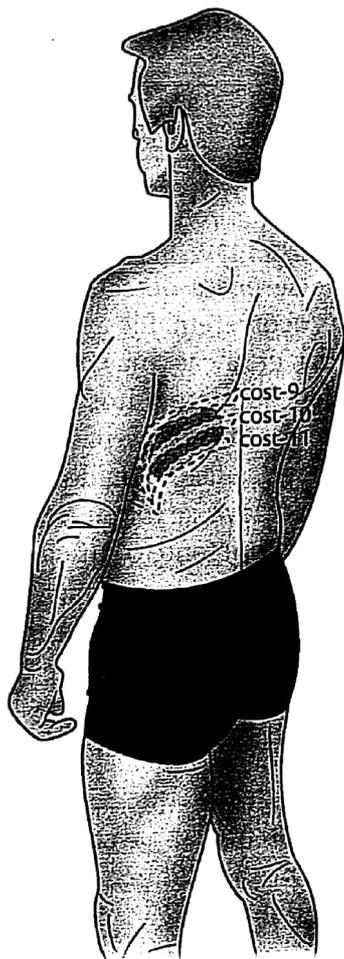


ILUSTRAÇÃO 7-7
Localização do Baço

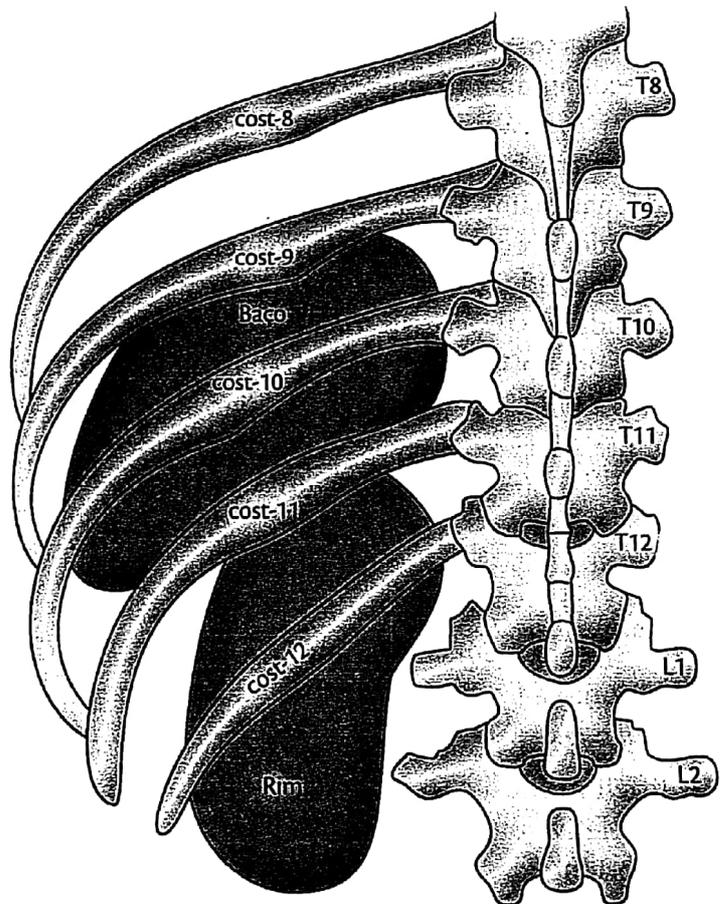


ILUSTRAÇÃO 7-8
Projeção do Baço na Parede Posterior do Tórax

É a única estrutura de tecido conectivo capaz de, efetivamente, se opor ao prolapso esplênico, uma vez que a conexão omental do baço com o estômago e pâncreas não é capaz de realizar isso (*Ilustração 7-9*). O ligamento frênico-cólico esquerdo é auxiliado em seu papel de suporte pelo rim esquerdo. O eixo do baço é similar em direção ao das costelas inferiores, isto é, de cima para baixo, de trás para frente, e de fora para dentro. Espacialmente, o compartimento esplênico é delimitado superiormente por um plano horizontal que passa através do quinto espaço intercostal esquerdo, que se localiza acima da cúpula diafragmática na altura de T10; inferiormente por um plano horizontal que passa através da borda inferior da caixa torácica, colo transverso, e seu mesentério; lateralmente pela parede torácica; e medialmente pelo fundo e grande curvatura do estômago.

Devido a sua relativa falta de conexões, o baço se movimenta em seu compartimento e tende a seguir os movimentos do diafragma. Durante a inalação, se move para baixo e horizontalmente. Quando a pessoa se assenta, se curva, etc., a posição do baço também se altera. Quando o estômago está cheio, ele se

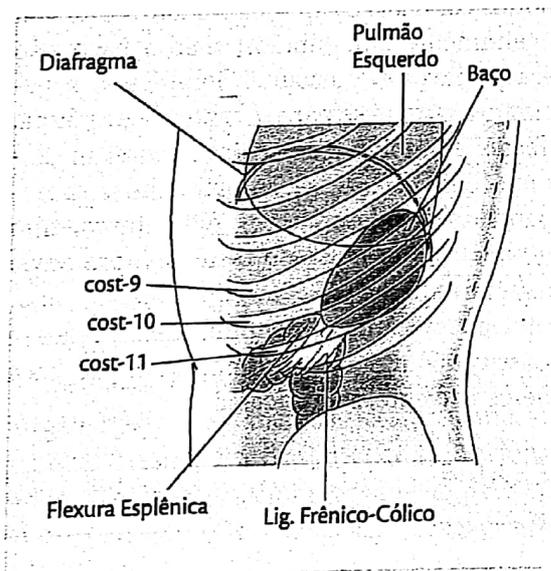


ILUSTRAÇÃO 7-9

Baço: Vista Posterior Lateral

move anteroinferiormente. Mesmo o colo transverso, quando distendido, afeta sua posição.

A circulação sanguínea no baço é realizada através dos ligamentos gastro-esplênico e esplenorenal, razão pela qual é importante a manipulação dessas duas estruturas para melhorar a circulação do baço. O baço é principalmente innervado por fibras do plexo solar (plexo celíaco). As autópsias também revelam com frequência fibras nervosas vindas de estruturas vizinhas.

Funções

Uma vez que o baço tem a função de armazenamento de sangue do sistema circulatório, seu volume e peso podem variar em duas vezes. Devido à presença de pequena quantidade de tecido contrátil na polpa branca, esta é capaz de se contrair e liberar sangue na circulação geral. O baço contém um número considerável de linfócitos e atua na formação de anticorpos; no entanto, a esplenectomia não causa um decréscimo significativo nos níveis de anticorpos. Esse órgão é importante na fagocitose de bactérias e células vermelhas gastas do sangue e plaquetas. Durante a vida embrionária, o baço desempenha um papel hematopoiético ativo, e essa função pode continuar ou reaparecer mais tarde, particularmente se a atividade hematopoiética da medula óssea decresce.

O baço também destrói e expelle células vermelhas gastas do sangue. Os restos são eliminados através de fagocitose pelo RES (sistema reticuloendotelial) do baço, fígado e medula óssea.

PATOLOGIA

Como notado acima, um baço palpável em adultos não é normal. Verifique sempre a presença de esplenomegalia e adenopatia. Existem por volta de 600 linfonodos no corpo, os quais normalmente são difíceis ou impossíveis de palpar. Deve-se examinar as

áreas cervical, subclávia, axilar e inguinal, e às vezes as áreas epitrocLEAR, braquial e poplítea, em busca de linfonodos aumentados. Em particular, os linfonodos subclaviculares esquerdos estarão geralmente hipertrofiados em neoplasias e doenças do baço. Sensibilidade anormal do esterno pode indicar mediastinite ou adenopatia mediastinal.

Esplenomegalia

Esse distúrbio possui muitas causas possíveis. Discutirei brevemente aquelas que o profissional provavelmente mais encontrará em seu trabalho. Felizmente, esses casos são raros. Se puder sentir o baço sob o nono espaço costal ou a linha axilar anterior, encaminhe o paciente para um exame detalhado. Essa condição não deve ser confundida com rim aumentado ou tumor pancreático; procure também por febre, adenopatias, e hepatomegalia.

Origem mecânica: Se estiver lidando com uma pessoa atlética ou que tenha sofrido um trauma, considere um hematoma pós-traumático. A pressão sanguínea arterial estará geralmente reduzida nesse caso.

Acompanhado por adenopatia: Tais adenopatias podem ser superficiais ou profundas. São encontradas em viroses (como mononucleose infecciosa, toxoplasmose), em doenças do sistema linfático (linfoma, leucemia), ou em doenças sistêmicas dos tecidos conectivos (artrite reumatóide, lupus, sarcoidose).

Origem maligna: Um baço grande e homogêneo pode resultar de linfoma, leucemia, doença parasitária, ou congestão idiopática). Um baço grande com lacunas pode indicar cistos, metástases, linfomas, etc.

Em minha prática, vi apenas poucos casos de esplenomegalia, a maioria dos quais devido a mononucleose infecciosa. Geralmente, o sintoma que leva o paciente a buscar tratamento é dor no pescoço, originária da adenopatia cervical que acompanha a doença. Para dores no pescoço em crianças

e adolescentes, deve-se procurar em todas as áreas possíveis por linfadenopatia. Esse sinal geralmente não é importante e resulta de hiperatividade dos linfonodos ou disfunção hormonal, mas ocasionalmente pode ser mais sério.

Procure por petéquias, que aparecem em certas formas de leucemia. Na doença de Hodgkin, pode ocorrer adenopatia cervical unilateral (mais raramente axilar ou inguinal). Os linfonodos são inicialmente isolados e móveis (posteriormente se tornando fixos e agrupados) e são geralmente firmes, resistentes e indolores.

“Alertas vermelhos” para malignidade incluem esplenomegalia em combinações variadas com fadiga geral ou fraqueza, dor abdominal, palidez intensa, hepatomegalia, ou petéquia. Pacientes que se apresentam com combinações desses sinais devem ser encaminhados a um oncologista. Um rápido diagnóstico pode revelar-se crucial na sobrevivência do paciente.

Uma vez vi um paciente que sofria da doença de Hodgkin cujos outros sintomas eram dor costovertebral (centralizada em T8-T10) e fraqueza geral. Fora-me indicado por um médico que havia procedido a biópsia de seus linfonodos. Na palpação, os linfonodos cervicais e supra claviculares estavam ligeiramente aumentados, mas o baço não era palpável. A Ausculta Geral levou o paciente a curvar-se para a frente e à esquerda. Testes de mobilidade costovertebral revelaram limitação desses movimentos, acompanhado por desconforto. No entanto, com o aumento da força no teste, sempre havia alguma mobilidade. Em contraste, em aderências mecânicas nenhum movimento é possível. Tentei sentir a motilidade do baço nesse paciente, sem sucesso.

EXAME

Percussão

Localize a área do baço que retorna um som oco próximo à 10ª costela atrás da linha médio-axilar, em frente à coluna vertebral. Essa zona

geralmente se encontra perturbada por ar contido no estômago, ou flexura esplênica do colo. Perceba qualquer variação nessa área. De acordo com Bates (1980), pode-se também detectar uma pequena espleno-megalia por percussão do último (geralmente nono) espaço intercostal na linha axilar anterior esquerda, que deve normalmente se manter timpânica mesmo após inalação profunda.

Palpação

A exemplo do fígado, prefiro a posição sentado com abordagem subcostal. Posicione os dedos na flexura esplênica e mova-os superolateralmente. Em um paciente magro, onde o baço é mais fácil de abordar, peça-o para proceder a pequena inalação de modo que o baço deslize para baixo e para dentro. Esteja ciente que durante essa inalação o paciente poderá contrair os músculos abdominais empurrando assim seus dedos para fora. Se sentir o baço, este se assemelhará a uma massa oval móvel, entre o estômago e a flexura esplênica. Em crianças o baço é geralmente palpável, mas em adultos, como mencionei anteriormente, o simples fato de senti-lo indica que o mesmo se encontra anormalmente aumentado.

TRATAMENTO

Descreverei algumas técnicas que parecem ser benéficas ao baço. Uso-as especialmente para pacientes com imunodeficiências, doenças como a de Hodgkin, infecções recorrentes, fadiga excessiva, e depressão. Podem ser usadas também a qualquer momento que o corpo necessitar de um "empurrão" no sistema imunológico.

Deve-se também testar a mobilidade dos órgãos vizinhos e tecidos pelo princípio de que uma estrutura fixa impede o funcionamento normal dos órgãos que dependem dela. Considere mobilização das seguintes estruturas:

- o ligamento frênico-cólico, no qual o baço se apoia

- o mesocolo transverso, particularmente na porção esquerda, que compartilha fibras com o ligamento frênico cólico esquerdo
- o rim esquerdo, que serve até certo ponto como suporte do baço, e cujas fâscias pré renais também compartilham algumas fibras com o mesocolo transverso e ligamento frênico cólico
- o estômago, que está conectado ao baço por uma porção do omento, e que pode afetá-lo pelas variações do volume gástrico.

Ao liberar as restrições das estruturas mencionadas acima, pode-se contribuir para uma melhora na fisiologia do baço, mas seja modesto na conclusão da eficácia de seu trabalho. Como mencionado várias vezes, um baço de fácil palpação é patológico e, como o pâncreas, é um órgão bem frágil. Deve-se portanto ser especialmente cuidadoso e gentil na tentativa de tratá-lo.

Tratamento Viscoelástico do Baço

O tratamento viscoelástico parece ser a manipulação mais efetiva para o baço (*Ilustrações 7-10 e 7-11*). Lembre-se, o baço tem uma tendência a fugir de seus dedos durante a manipulação, escorregando como um sabão molhado. É preciso usar as costelas, diafragma, e os dedos para evitar isso.

Tenha o paciente em supino com as pernas dobradas. Aproxime-se pela esquerda, posicione a palma da mão direita na parte lateroposterior da 8^a-11^a costela para comprimi-las medialmente. Aplique uma contra pressão com a mão esquerda, alcançando por sob as costelas e pressionando a região hipocondral esquerda. Isso movimentará as costelas obliquamente para cima e à esquerda (*Ilustração 7-12*).

O baço não terá como escapar da compressão das duas mãos. E como acontece na manipulação viscoelástica de qualquer órgão, comprima o baço e relaxe gradual-

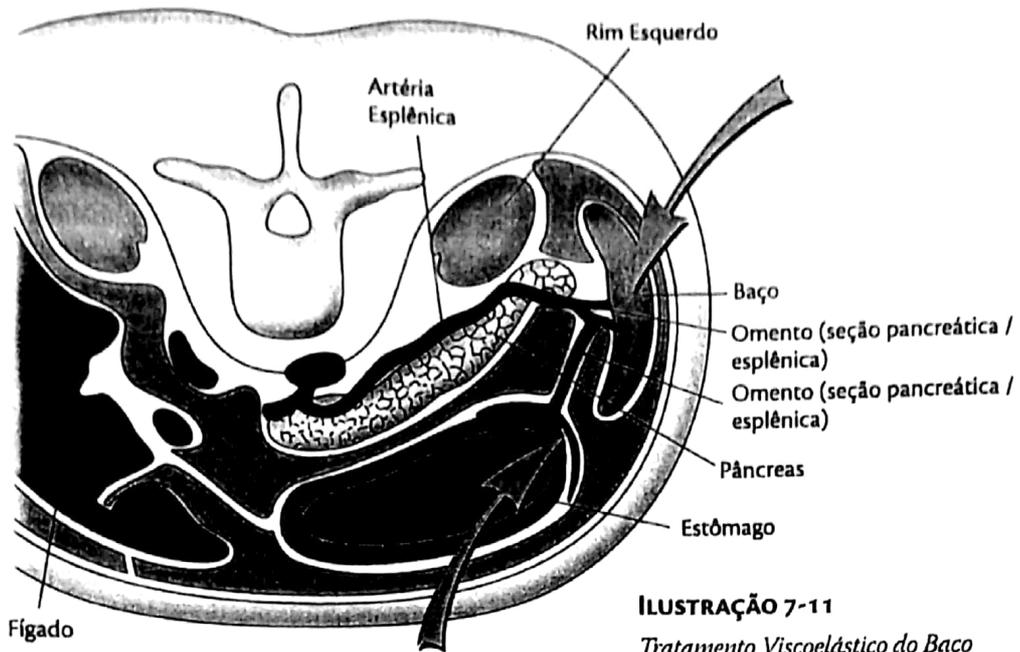


ILUSTRAÇÃO 7-11
Tratamento Viscoelástico do Baço

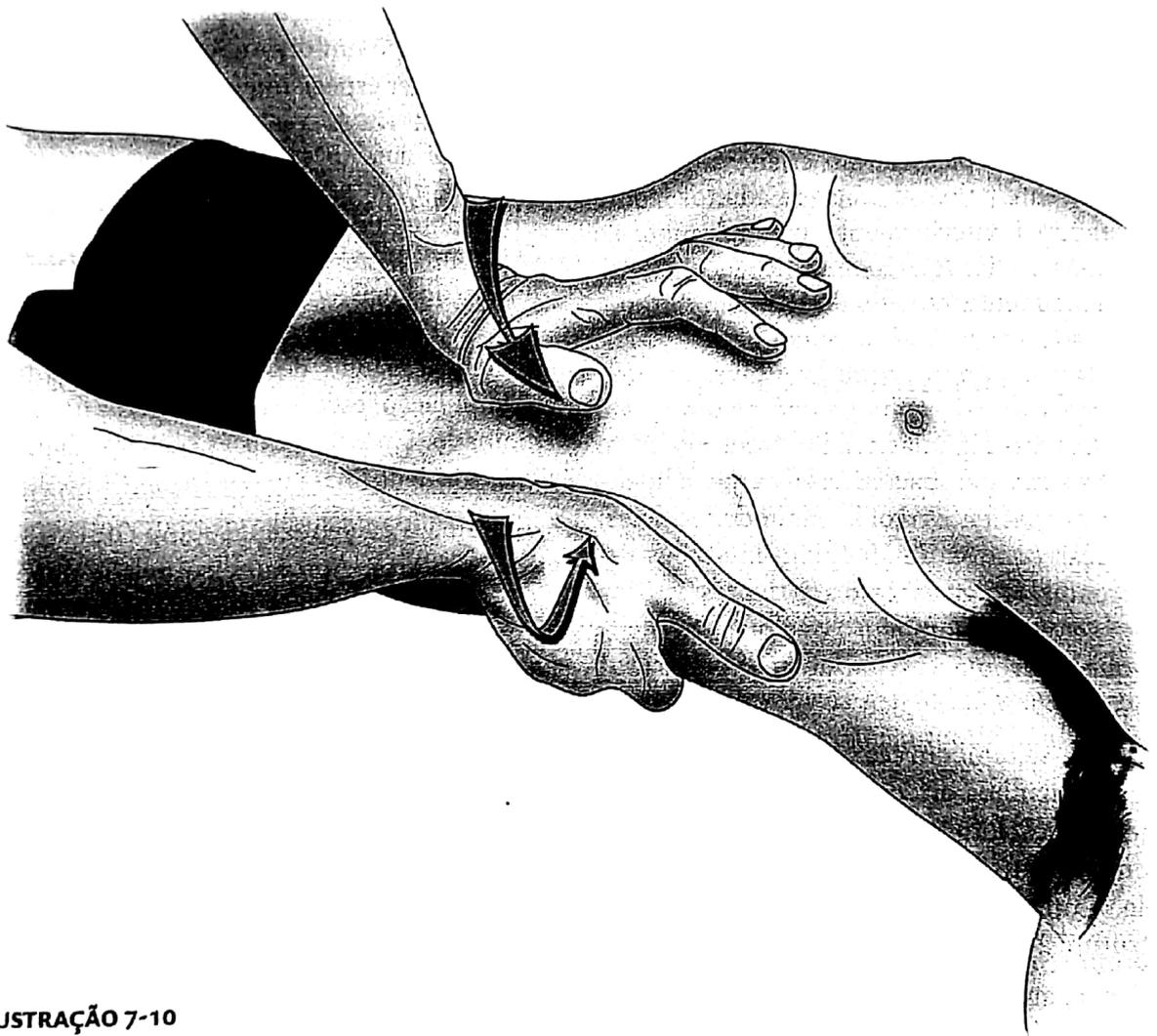


ILUSTRAÇÃO 7-10
Tratamento Viscoelástico do Baço: Anatomia

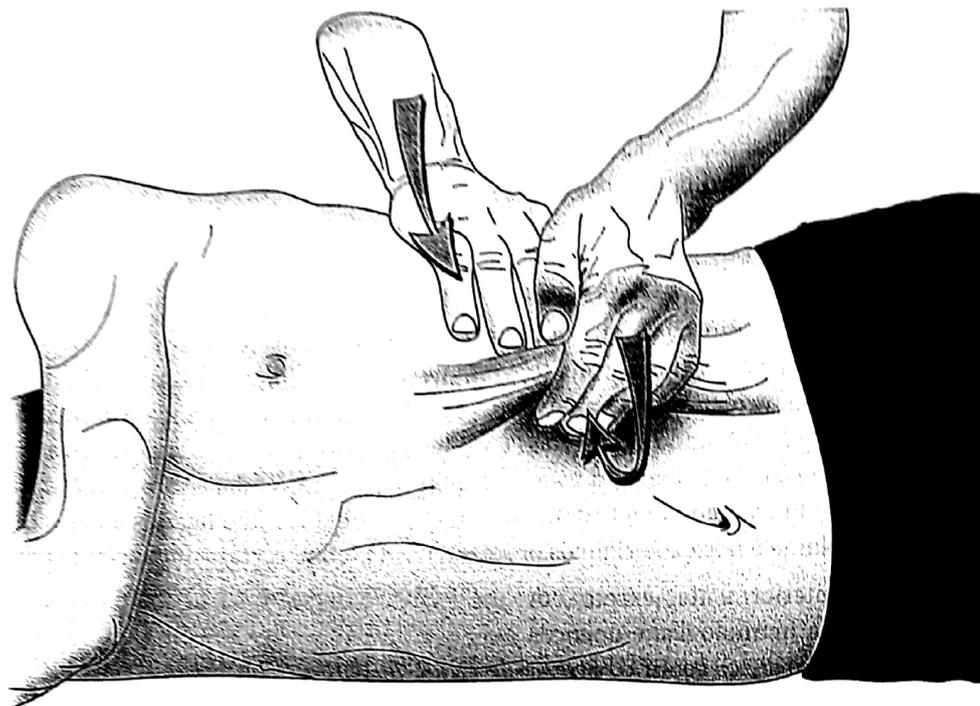


ILUSTRAÇÃO 7-12

Tratamento Viscoelástico do Baço (Em Decúbito Lateral): 1ª Técnica

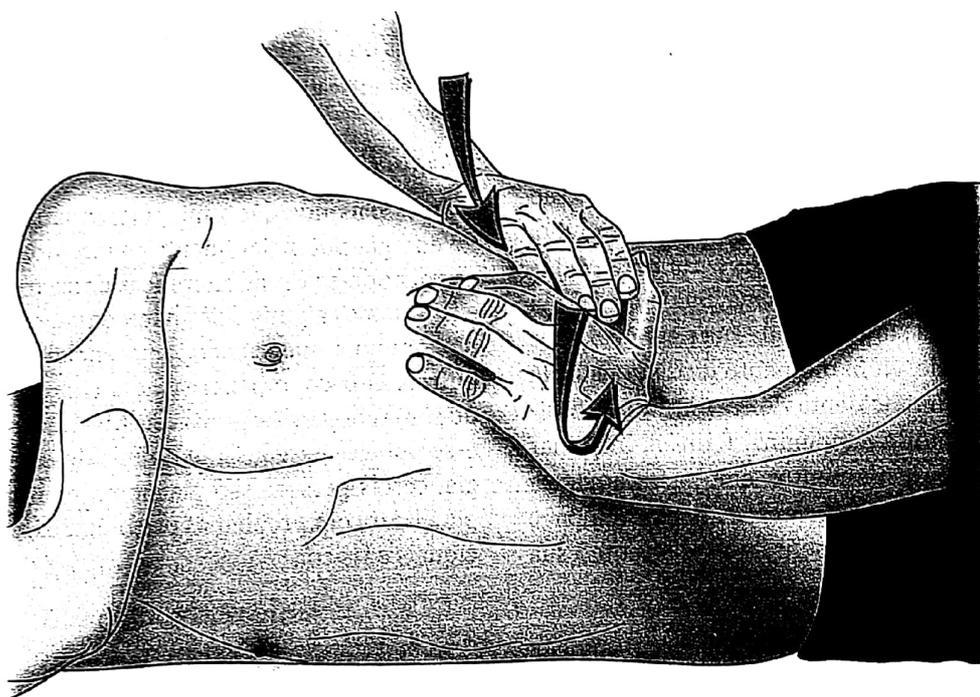


ILUSTRAÇÃO 7-13

Tratamento Viscoelástico do Baço (Em Decúbito Lateral): 2ª Técnica

mente. Tenha cuidado com as costelas flutuantes e cartilagens costais em pacientes com osteoporose.

Outra variação dessa manipulação requer o paciente em decúbito lateral direito. Fique de pé atrás do paciente, posicione a mão direita na 8ª-10ª costela e as comprima medioinferiormente. Ao mesmo tempo, os dedos da mão esquerda posicionados sob as costelas se movem laterosuperiormente (*Ilustração 7-13*). Nessa técnica, empurra-se o baço contra o diafragma. Quando as costelas atingirem o final de sua elasticidade, o baço estará comprimido. Então, lentamente deixe-o voltar ao seu volume e posição originais.

Como disse anteriormente, exceto em casos de deficiência imunológica e doenças muito graves, é muito difícil sentir o baço.

Relações Emocionais do Pâncreas e Baço

Coloquei o pâncreas e baço juntos, embora tenha estudado principalmente questões emocionais específicas relativas ao pâncreas.

Situações Insuportáveis

Existem certos estresses na vida que são difíceis de aceitar, ex., a perda de um filho. Uma de minhas pacientes é um bom exemplo desse tipo de problema. Sua filha a tinha confiado a supervisão de sua neta de 5 anos uma tarde. Num momento de distração, ela causou um acidente de trânsito que resultou na morte da menina. É difícil imaginar todos os pensamentos que passaram pela cabeça dessa paciente, a enorme culpa e sentimento de responsabilidade frente à sua

filha, a sensação de perda da uma menina que era tão ligada à ela. Vários dias depois, essa paciente fora diagnosticada com diabetes embora não houvesse histórico familiar da doença!

Sentimento de Mortalidade

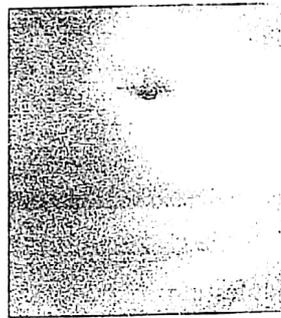
Tenho notado que pacientes com câncer de pâncreas se conscientizam de sua própria mortalidade, embora possam não ter dito a verdade sobre sua doença e nunca terem pensado sobre sua mortalidade antes. De repente, começam a falar sobre a morte e morrer. Esses órgãos estão ligados ao fato de que cada vida, com certeza inexorável, termina em morte.

Falta de Vontade de Viver

Pacientes com esse problema emocional sofrem de depressão grave e constantemente se perguntam: Para que estou aqui? Porque estou aqui? Qual a razão da vida ou de viver? Estão frequentemente tristes e demandam grande quantidade de energia para serem tratados ou até mesmo estar por perto deles. Esses são pessimistas inveterados.

Energia Pré-natal

Nossos pais nos dão uma certa quantidade de energia potencial quando nascemos. Por certo, pode-se ver as diferenças entre irmãos e irmãs, mas alguns deles parecem ter nascido com uma maior energia potencial que os outros. O baço, o pâncreas, e o rim esquerdo são os órgãos responsáveis por transmitir esse tipo de energia. Com a ajuda dessa energia, certas pessoas são mais bem equipadas para lidar com problemas psicológicos, emocionais e físico.



CAPÍTULO 8

O Jejunóileo e o Colo

■ CONTEÚDO DO CAPÍTULO

Fisiologia e Anatomia	149
Pressões e Inserções	149
Reflexos e Digestão	150
Patologia	151
Restrições	151
Observação do Abdome	152
Prolapso	152
Produção Anormal de Fezes	153
Diarréia	153
Constipação	154
Disfunções do Jejunóileo	154
Diverticulose	154
Síndrome Obstrutiva	154
Insuficiência Arterial Mesentérica	154
Apendicite	155
Análise da Dor	155
Diagnóstico Diferencial	155
Histórico de Casos	156
Disfunções do Colo	156
Análise da Dor	157

Diverticulose.....	157	Tratamento.....	165
Polipose.....	157	Flexuras Hepática e Esplênica.....	165
Síndrome do Intestino		Plano Frontal.....	165
Irritação.....	157	Plano Sagital.....	166
Tumores.....	158	Plano Transverso.....	166
Disfunções Anorretais.....	159	Fáscia de Toldt.....	167
Patologias Associadas e		Flexura Duodenojejunal e	
Sintomas.....	160	Raiz Mesentérica.....	167
Conclusão.....	160	Junção Iliocecal.....	168
Diagnóstico.....	161	Mesocolo Sigmóide.....	169
Ausculta Geral.....	161	Indução do Jejunofleo.....	169
Ausculta Local.....	161	Estratégia de Tratamento.....	169
Inibição.....	162	Exame Retal.....	162
Rebote.....	162	Relações Emocionais dos	
Exame Retal.....	162	Intestinos.....	170
Retrições Esqueléticas		Feminilidade.....	170
Associadas.....	163	Proteção.....	170
Dor nas Costas.....	163	Papel na Família.....	170
Ciática.....	163	Papel como uma Mãe.....	170
Membros Inferiores.....	164	Hipocondria.....	170
Pés.....	164	Estabilidade.....	171
Articulação		Generosidade e Necessidade	
Glenoumeral.....	164	de Justiça.....	171
		Dor lombar em Crianças	
		e Adolescentes.....	171
		Recomendações.....	173

8 / O Jejunóileo e o Colo

NO CAPÍTULO 4 o duodeno foi descrito associado ao estômago pois essa associação é uma realidade clínica. A separação dos órgãos digestivos para fins didáticos é sempre arbitrária. Nesse capítulo, vou considerar os intestinos delgado e grosso desde a flexura duodenojejunal até o ânus, uma distância em torno de 8 metros. O trato intestinal é muito distensível, e pode aparentar muitos metros maior em autópsias do que realmente o são em função da perda de tônus. Não tenho como descrever o ambiente intestinal pois demandaria, efetivamente, uma recapitulação completa da anatomia abdominal e pélvica. Para isso, consulte seus textos de anatomia ou o livro *Manipulação Visceral I*. Onde necessário, enfatizarei certos pontos cruciais.

Na osteopatia, é importante tratar a massa intestinal pois esta é capaz de perder sua elasticidade, ou criar aderências, e entrar em espasmo (que podem durar vários anos). Após qualquer abertura cirúrgica do abdome, a mobilidade intestinal deve ser verificada.

Fisiologia e Anatomia

O colo transversal está sujeito à atração diafragmática. As flexuras hepática e esplênica

estão suspensas no diafragma pelos ligamentos frênico cólicos e são, portanto, como o estômago e fígado, muito dependentes do diafragma. Mencionei previamente (Capítulo 3) um caso de migração da flexura esplênica para dentro do tórax após uma hérnia diafragmática. O jejunóileo e colo sigmóide são menos afetados pela atração diafragmática.

PRESSÕES E INSERÇÕES

O jejunóileo, inserido na parede peritoneal pela raiz mesentérica (que passa obliquamente da região da flexura duodenojejunal à válvula ileocecal) se comporta como um órgão pélvico. Observe as ptoses entéricas e verá que começam nessa linha. É ao nível da flexura duodenojejunal que o intestino delgado não se encontra mais intimamente ligado à parede abdominal e vísceras vizinhas. A raiz mesentérica contém os vasos mesentéricos, vasos linfáticos e linfonodos. É uma área altamente reflexogênica, e quando apresenta zonas de tensão anormal, pode apresentar significativa vasoconstrição.

O colo transversal está em constante movimento, subindo quando cheio e descendo quando vazio. Por essa razão, o órgão é difícil de localizar e pegar. Felizmente, o mesocolo

CAPÍTULO 8 / O JEJUNOÍLEO E O COLO

transverso, que é a parte a ser tratada, está conectado ao nível das flexuras cólicas.

O ceco se encontra em uma área de conflitos mecânicos, sendo puxado entre os aparelhos digestivo e urogenital. A junção ileocecal tem 4cm de largura. Ela age de algum modo como um esfíncter, embora anatomicamente não possua as estruturas de um esfíncter. A pressão do lado cecal é geralmente em torno de +20cm H₂O em relação à do intestino delgado, e assim a válvula se fecha. Uma distensão do íleo reduz essa pressão diferencial tanto por meios mecânicos como reflexos, permitindo que a válvula se abra quando necessário.

O colo sigmóide e reto são altamente influenciados pelo aparelho urogenital. Eles são seguros pelo mesocolo sigmóide, que desempenha papel similar ao descrito acima para a raiz mesentérica. Em função de suas propriedades reflexogênicas, esse mesocolo deve ser utilizado durante o tratamento. Pressão intraluminal no reto pode, em casos extremos, atingir +200cm H₂O durante a defecação ou contração dos músculos abdominais por outras razões. A pressão normal durante a defecação é próxima de +50cm H₂O. Quanto menores as fezes, maior o esforço.

Em resumo, a pressão exercida no trato intestinal varia de -5cm H₂O próximo ao diafragma à +25cm H₂O na região pélvica. A pressão intraluminal média é em torno de +10cm H₂O.

REFLEXOS E DIGESTÃO

O hormônio gastrina reforça a junção gastroesofágica, aumenta a motilidade gástrica e intestinal, e relaxa o esfíncter ileocecal. Manipulações da junção íleo-cecal e flexura duodenojejunal são úteis pois estimulam reflexos intestino-intestinais, gastrointestinais e meso-sigmoidais. Um reflexo intestino-intestinal útil é o relaxamento do colo resultan-

te de distensão súbita. Podemos utilizar essa relaxação para facilitar a manipulação desse órgão.

A flexura duodenojejunal é sensível ao aumento da pressão osmótica luminal, redução de pH, e concentrações de glicerídeos e aminoácidos que diminuem o peristaltismo gástrico. Por essas razões, essa área é de grande significância osteopática. É interessante observar que o estímulo de um ponto do intestino pode resultar em contração proximal ao ponto ou relaxação distal ao ponto; esse fenômeno pode ser utilizado no tratamento de espasmos intestinais.

A inervação autônoma dos intestinos se dá parcialmente através dos plexos de Auerbach e Meissner. O nervo vago estimula a atividade digestiva e serve como antagonista aos efeitos simpáticos nos órgãos digestivos. Em média, o colo se contrai uma vez, o duodeno doze vezes e o íleo quatro vezes por minuto. É difícil saber onde um marca-passo poderia estar quando existem tantos ritmos presentes. É também interessante observar a semelhança do ritmo do duodeno com o do sistema craniosacral.

O fluxo sanguíneo mesentérico é considerável, variando de um litro por minuto em descanso a quatro litros por minuto após refeição. Em caso de vazão cardíaca limitada, a circulação para o sistema digestivo é reduzida para benefício do cérebro e rins. A circulação digestiva pode também ser perturbada por fibrose, aderências das inserções, ou espasmos cólicos. Acredito que muitos problemas funcionais sejam resultado de circulação digestiva insuficiente. Nessas situações, os sintomas aumentarão durante a digestão.

Por volta de 8 litros de água entram no intestino delgado por dia. 1,5 litros pela ingestão de líquidos, e o restante de várias secreções gastrointestinais. O colo recebe 1,5 litros, dos quais 90% é absorvido pelas porções ascendente e transversal. Outras

substâncias que entram na parte proximal do intestino delgado incluem ferro, cálcio, vitaminas lipossolúveis, gorduras, e açúcares. As áreas de maior absorção são o jejuno (açúcar, aminoácidos), íleo (sais de bile, vitamina B12), e colo (água e eletrólitos, principalmente no ceco). O colo recebe 500ml de quimo do íleo terminal, contendo resíduos não digeridos e não absorvidos. Claramente, os distúrbios do intestino não podem ser isolados. O funcionamento geral do corpo será afetado por esses distúrbios, particularmente musculares, que necessitam uma assimilação eletrolítica equilibrada. Espasmos e tetanias dos músculos geralmente se originam no intestino. Embora nossas manipulações sejam locais, elas terão um efeito generalizado, a um ponto que podemos nem estar cientes.

Patologia

A função intestinal depende da mobilidade diafragmática e peristaltismo intestinal, ambos necessários à assimilação e propulsão do quimo. Na respiração forçada, as flexuras cólicas podem mover até 10cm (o movimento normal é em torno de 3cm), o que produz tensões longitudinais do colo ascendente e descendente. Em distúrbios funcionais do colo, onde ocorrem inúmeros espasmos, o estiramento é limitado pois a tensão longitudinal no colo causa dor. O corpo então evita o estímulo normal, o intestino fica essencialmente imobilizado, e há perturbação da fisiologia digestiva normal.

RESTRICÇÕES

A tensão longitudinal ao longo do colo ascendente e descendente ocorre se houver distensão do colo e o diafragma se movimentar normalmente. Se o ceco estiver fixo por cicatrização (devido a uma apendicectomia) dos seus ligamentos peritoneais, essa tensão longitudinal é mantida por um

ponto de ancoragem inferior, e aumenta gradualmente com o tempo. A inserção posterior do ceco é parte da fásia de Toldt, uma fásia densa cobrindo o colo posteriormente e conectando-o ao peritônio parietal posterior. Fibrose na fásia de Toldt produz tensão anormal no peritônio, levando assim a espasmos vasculares, especialmente dos vasos que atendem ao colo, intestino delgado, e omento maior. A liberação do peritônio irá, portanto, melhorar a circulação local. A dor por restrição do ceco é mais lateral que a da junção ileocecal.

Restrições das inserções cecais pode ter efeito significativo durante a gravidez. Normalmente, o ceco é empurrado 10 a 15cm superiormente pelo útero expandido. Quando restrições das inserções cecais impedem isso, as tensões na região aumentam e podem afetar o rim e o nervo gênitofemural, levando a dificuldade em urinar, dor nas costas, e do lado direito dos grandes lábios e coxa medial.

Restrições do ceco geralmente perturbam o sono. Pode haver dor que inicia entre 2 e 3 da manhã e desaparece 3 horas mais tarde. Pacientes com esses problemas tendem a dormir do lado direito com o quadril direito e joelho flexionados, e a se sentarem com as pernas cruzadas e com o joelho direito sobre o esquerdo e o tronco rotacionado à esquerda. Problemas cecais podem levar também a dor no joelho. Temos visto isso com mais frequência em meninas entre 10 e 14 anos e acreditamos ser relacionado aos efeitos hormonais e mecânicos da maturação dos ovários nessa área do corpo, onde já existe um aumento de tensão, comprimindo os nervos que atravessam o abdome inferior e inervam o joelho.

Inflamação no colo sigmóide cria pontos de ancoragem inferiores no colo descendente. Esses pontos eventualmente limitam a mobilidade diafragmática e diminuem o efeito atrativo do diafragma em todos os órgãos abdominais, que assim têm seu peso efetivo aumentado e começam a deslizar para baixo (veja a seguir).

Restrições do colo também têm um efeito nas ptoses renais direitas. Nesses casos é necessário, antes de mais nada, manipular o colo, porque este se adere à fáscia pré-renal.

OBSERVAÇÕES DO ABDOME

Considere a condição da parede abdominal, e modificação do volume abdominal. Hérnias, que nem sempre são óbvias, podem ser responsáveis por dor, grandes espasmos, e fenômenos de reflexo vascular. As hérnias podem ser encontradas na linha média próximas ao umbigo, na região inguinal, e próximo a tecido cicatricial pós-operatório. As hérnias apresentam o risco de estrangulamento. Pode-se encontrar ou (1) uma ferida aberta ou zona de baixa resistência cercada por um anel fibroso onde o dedo pode ser inserido e onde, durante tosse, pode-se sentir a pressão de uma alça intestinal; ou (2) uma hérnia com o aspecto de uma pequena massa redonda que corresponde a uma porção da alça intestinal coberta pelo peritônio. Em caso de estrangulamento, a hérnia se torna dura e incompressível, não se expande com a tosse, e apresenta intensa dor à palpação. Fique atento a oclusões. Estas frequentemente aparecem como pequenas hérnias que não se mantêm no mesmo lugar.

Esteja sempre alerta à imobilidade respiratória abdominal com taquipnéia (respiração rápida anormal) e contração da parede abdominal. Esses podem ser sinais de apendicite, colecistite, pancreatite aguda, ou acúmulo subdiafragmático de pus. Pacientes com esses distúrbios podem consultá-lo inicialmente por dor na parte baixa das costas. Um estômago duro "como tábua" é característica de peritonite. Ficaria surpreso se alguém viesse consultar apenas após atingir esse estágio, mas coisas estranhas acontecem.

Pode-se observar movimentos semelhante a vermes que são visíveis ou palpáveis, e acompanham espasmos dolorosos e distensão. Esse fenômeno resulta do hiperperistaltismo em resposta a alguns obstáculos no intestino; sua paralisação pode significar a completa oclusão.

Usamos o termo *ballotement* para um procedimento onde os dedos de uma das mãos são abruptamente mergulhados para dentro do abdome e mantidos lá; verá que uma massa livremente móvel será rebatida para cima. Isso é similar à sensação de empurrar um cubo de gelo para dentro do copo e, às vezes, é conhecido na França como sinal do "cubo de gelo". Esse sinal pode indicar ou um fígado endurecido com ascites leves, ou um tumor visceral com aumento de fluido peritoneal. Quando isso ocorre na fossa ilíaca esquerda, pode-se sentir protuberâncias representando fecalites (material fecal endurecido).

PROLAPSO

O prolapso do intestino é encontrado em:

- perda de tônus abdominal devido à idade ou vida sedentária
- cicatrização pélvica ou abdominal que perturba o equilíbrio de pressões e a mobilidade visceral
- qualquer fator que diminua o tônus e distensibilidade dos órgãos e afete suas inserções (veja capítulo anterior)
- retroversão uterina.

Esta última é a maior causa de prolapso intestinal em mulheres. Na retroversão, o útero e estruturas associadas estão mais abaixados, e o intestino delgado se move para o espaço disponível. Parte do intestino delgado se move anterior à bexiga; outra parte se move atrás dela, entre o útero e

o reto. Ao manipular o sistema urogenital, deve-se primeiro liberar o intestino delgado.

Os sintomas de prolapso intestinal são variados. Os mais clinicamente úteis são:

- dor abdominal à esquerda e dolorimento na palpação
- fadiga generalizada (menos severa que em problemas do fígado)
- dor nas costas em faixa, de T1 a L1 (maior do lado esquerdo)
- paciente não consegue deitar-se de costas e prefere deitar-se do lado direito
- câimbras da musculatura hipertônica com hipersensibilidade da parede abdominal
- sensação de desconforto em todo o abdome (em prolapso gástrico o desconforto só ocorre na linha média).

PRODUÇÃO ANORMAL DE FEZES

A produção normal de fezes é grosseiramente 150 a 200g por dia. Existem uma variedade de sinais e causas de funcionamento anormal:

- fezes duras acompanhadas de hipersecreção intestinal indica constipação com estase e desidratação do bolo fecal
- fezes duras alternando com fluido contendo sangue sugere um obstáculo ou estenose do colo descendente ou sigmóide
- fezes com aspecto de massa, esponjosas ou espumosas, amareladas, indicam problemas (de origem pancreática ou cecal) de fermentação colônica, envolvendo baixa assimilação de carboidratos.
- fezes líquidas são geralmente devido a hipersecreção do colo descendente ou sigmóide
- fezes pós-prandiais contendo alimento não digerido ou digerido parcialmente indica distúrbio funcional da mucosa gastroduodenal ou fígado

- fezes esverdeadas significam excesso de biliverdina resultante de hipersecreção biliar; em lactentes, é um sinal de gastroenterite aguda devido a leite de vaca
- fezes descoloradas (amareladas, esbranquiçadas ou acinzentadas) significa deficiência de pigmentos da bile
- fezes cobertas por muco e falsas membranas esbranquiçadas são um sintoma de enterocolite pseudomembranosa
- fezes esbranquiçadas contendo material gorduroso considerável indica disfunção pancreática ou hepática

Diarréia

Diarréia crônica é frequentemente associada a problemas digestivos funcionais. Algumas formas de diarréia crônica têm origem infecciosa, ex., giardíase e disenteria, e não fazem parte do nosso escopo, embora os pacientes possam se beneficiar com a melhoria da motilidade. Diarréia crônica funcional pode geralmente ser atribuída a:

- secreção gástrica insuficiente
- disfunção hepatobiliar caracterizada por fezes pós-prandiais moles ou líquidas associadas à hipercloridria
- insuficiência pancreática levando a diarréia abundante contendo material gorduroso excessivo.

Diarréia crônica com colite pode ter origem em:

- fermentação anormal; o paciente promove três a quatro movimentos intestinais por dia; as fezes são geralmente de cor amarelo dourada, aspecto espumoso, e cheiro azedo, frequentemente precedidas por espasmos intestinais dolorosos
- fermentação exagerada de carboidratos por problemas no ceco, colo ascendente e transversal direito, acompanhada por produção noturna de gases levemente mal cheirosos

CAPÍTULO 8 / O JEJUNOÍLEO E O COLO

- putrefação devido a problemas do colo descendente e transversal esquerdo causados por alimentos muito ricos em albumina; as fezes são infrequentes, moles, marrons, e com odor pútrido.

Perceba a diferença no odor dependendo da origem do problema ser no colo esquerdo ou direito.

Constipação

A constipação pode originar do lado esquerdo ou direito. As constipações do lado esquerdo são mais bem toleradas por terem, em geral, origens puramente mecânicas. Os sintomas incluem:

- dificuldade ao defecar; fecálitos podem ser encontrados no exame retal
- constipação do colo sigmóide pode ser sentida por palpação abdominal
- estase colônica esquerda, caracterizada por um acúmulo de fecálitos em cadeia ao longo do colo descendente.

As constipações do lado direito são geralmente devidas a estase cecal. A digestão continua pela ação de bactérias anaeróbicas, resultando na geração de toxinas e sintomas associados como dores de cabeça, anorexia, dispepsia, mal hálito, e alteração na cor da pele. Pode haver também episódios repetidos de febre por efeito secundário à infecção por *E. coli*. A fossa ilíaca direita se encontra sensível à palpação em função de distensão cecal. Essa forma de constipação é persistente, e frequentemente intercalada com períodos de diarreia.

DISFUNÇÕES DO JEJUNOÍLEO

Diverticulose

Esse é um distúrbio adquirido que afeta a mucosa e a serosa, e se torna mais provável com a idade avançada (veja "Disfunções do Colo/Diverticulose" abaixo). Consiste no aparecimento de divertículos (sacos anormais) na parede intestinal, e pode, na verdade,

ocorrer em qualquer parte desde o esôfago até o ânus (no duodeno, geralmente ocorre próximo à papila duodenal). Tem poucos sintomas, exceto quando ocorre obstrução do pescoço do divertículo, com diverticulite (inflamação), hemorragia, e necrose da parede intestinal.

O divertículo de Meckel é uma bolsa cega congênita que ocorre no íleo. Encontrada em 2% da população (três vezes mais frequente em homens que em mulheres), ele representa a continuidade do ducto onfalo mesentérico no embrião. É geralmente encontrado no segmento de 50cm que leva à válvula ileocecal. Procure por ele em síndromes obstrutivas (veja abaixo), que pode criar uma massa palpável. Se manifesta por leves câimbras abdominais na região sub-umbilical, que frequentemente se agravam ao comer.

Síndrome obstrutiva

Quando uma musculatura lisa se opõe a um gradiente de pressões, se estira e contrai firmemente. Esse processo se exagera e torna-se doloroso em condições onde existe algum obstáculo ao trânsito intestinal normal, ex., tumor, pedra oclusiva de vesícula (podem ter até 3cm de diâmetro), estriatura anular, etc. A congestão geralmente resulta de perda da circulação normal. A dor se localiza tipicamente em torno do umbigo e pode ser resultado de insuficiência arterial mesentérica (veja abaixo) secundária a degeneração aórtica. Em certos problemas do hiato diafragmático e junção gastroesofágica, pode haver fibrose em algumas fibras do diafragma, levando à compressão da artéria celíaca.

Insuficiência arterial mesentérica

É uma doença relativamente rara, mais comumente encontrada em pessoas mais velhas e associada à deficiência vascular. Esta é, ou oclusiva por natureza (por trombose, embolia, etc.) ou devido a processos não oclusivos (falência cardíaca, hipotensão, etc.). Os

sintomas consistem de uma dor peri umbilical contínua, intensa, que se inicia de 1 a 2 horas após comer, acompanhada por perda de peso. A condição leva a circulação colateral extensa e possivelmente infarto mesentérico.

APENDICITE

Apendicite aguda, apesar de todos os sintomas documentados, continua de difícil diagnóstico. Por volta de 10 anos atrás, mais de 1200 apendicectomias eram realizadas diariamente na França. Mas parece que essa tendência tem diminuído. Minha opinião é que muitos dos casos de apendicite são, na verdade, adenites mesentéricas mal diagnosticadas. Não obstante, um diagnóstico de apendicite nunca deve escapar ou seu paciente enfrentará sérias consequências. Apendicectomias não devem ser consideradas intervenções simples, uma vez que sempre levam a aderências mais ou menos graves, dependendo da suscetibilidade do paciente. Algumas aderências podem mesmo vir a causar obstrução intestinal. Em mulheres, o trânsito tubular pode ser afetado pela apendicectomia. Esse distúrbio é mais frequente entre as idades de 5 e 14 anos, ou após 55. O sintoma primário é dor peri-umbilical ou epigástrica de intensidade variável. Além disso, é frequente anorexia, náusea, e vômito após o aparecimento da dor. Se esses sinais precederem à dor, deve-se suspeitar de infecção (ex., gastroenterite, escarlatina, ou pneumonia).

Análise da dor

A dor é causada primeiramente (por um caminho simpático) por distensões edematosas da serosa. Em seguida, o aumento do estímulo do sistema nervoso leva à náusea e vômito. Contrações agudas das paredes do apêndice aumentam a dor.

As inervações sensoriais do apêndice têm origem no nervo vago, que projeta a dor na região peri-umbilical. O processo inflamatório se espalha gradualmente para o peritôneo

visceral, alças intestinais vizinhas, e peritôneo parietal anterior. A dor então atinge a fossa ilíaca direita, frequentemente acompanhada por constipação. Um suave repique mediante relaxação da pressão abdominal (executado de maneira similar às técnicas de rebote) só será sentido quando as superfícies peritoneais estiverem inflamadas. Uma rápida redução da dor pode significar perfuração.

Na apendicite anterior normal, a dor irá manifestar-se no quadrante inferior direito quando o paciente levantar sua cabeça sob resistência imposta. Na apendicite retrocecal, o apêndice repousa sobre e irrita o psoas e músculo obturador interno; a dor pode se manifestar pelo estiramento desses músculos.

Diagnóstico diferencial

Os seguintes distúrbios podem ser confundidos com apendicite:

- inflamação de um linfonodo inguinal
- inflamação dos linfonodos mesentéricos (a sensibilidade à repercussão é menos óbvia)
- gastroenterite
- irritação diafragmática originária de doença pulmonar
- obstrução do apêndice por estriatura
- fecálitos, vermes, ou corpo estranho
- ruptura de um folículo de Graaf, ou gravidez ectópica
- torção de um cisto ovariano ou testículo
- inflamação do ovário ou tubo uterino (nessa última, a mobilização do pescoço uterino através de inserção vaginal de um dedo provoca dor)
- pedras de vesícula
- pielonefrite.

A maioria dessas condições é acompanhada por dor na parte baixa das costas que, às vezes, no início, é o único sintoma.

CAPÍTULO 8 / O JEJUNOÍLEO E O COLO

Lembre-se dos sinais de peritonite: abdome "tipo tábua", dor intensa em exame retal do peritônio (às vezes conhecido como "o grito de Douglas"), e hipersensibilidade abdominal cutânea ao toque.

Cedo ou tarde você irá se deparar com um possível diagnóstico de apendicite. Quando o dia chegar, sugerimos os seguintes procedimentos:

- palpe o ponto dolorido
- procure por rigidez, estado de proteção muscular, e hipersensibilidade cutânea
- proceda ao rebote abdominal para manifestar a dor aguda
- estire o psoas e músculo obturador interno
- durante o exame retal, compare a dor dos dois lados.

Histórico de casos

Gostaria de descrever o caso de um paciente de 14 anos que nos consultou para dor aguda na parte baixa das costas durante esforço, que surgiu enquanto ele sacava em uma partida de tênis. A dor se concentrava em torno de L2, e os músculos estavam tensos e em espasmo. A dor nas costas era pior em movimentos de larga escala. Testes mostraram que a mobilidade vertebral estava presente, a despeito da dor. Testes viscerais mostraram mobilidade e motilidade anormais do ceco. Quando os problemas vertebrais são primários, não há movimento nas articulações; quando existe alguma mobilidade vertebral (mesmo em presença da dor), o problema geralmente representa a manifestação reflexa de uma restrição visceral. Nessas situações, ex., o caso presente, testes de mobilidade da coluna não produzem muita dor. Deduzimos que quando o garoto executou o saque, ele estirou e tracionou o psoas, estirando assim o apêndice retrocecal e criando um espasmo lombar agudo. Os pais ficaram bastante

surpresos quando recomendamos cirurgia exploratória; tivemos certa dificuldade em convencê-los. A cirurgia revelou apendicite retrocecal que se estendia até a fáscia ilíaca e parte da fossa abdominal direita.

DISFUNÇÕES DO COLO

Os distúrbios desse órgão complexo têm muitas causas possíveis e sinais. Pode-se observar distensão abdominal causada por acúmulo de ar. Normalmente, o colo contém cerca de 100ml de gases, que se localizam principalmente nas flexuras (se o paciente estiver de pé), colo transversal (deitado), ou reto (posição "de quatro"). O colo é naturalmente muito distensível e pode se adaptar a variações de volume. Pacientes cujas distensões provocadas por gases sejam dolorosas, devem eliminar da dieta alimentos como feijão, repolho, e couve-flor que contêm carboidratos não absorvíveis, bem como leite (quando houver sensibilidade à lactose).

Doenças retais podem se manifestar através da modificação no ritmo da defecação, forma das fezes (veja "Produção Anormal de Fezes" acima), ou presença de pus ou sangue nas fezes. Esteja alerta para sangue oculto, que pode significar câncer do colo direito. No entanto, melena (fezes enegrecidas, semelhantes a alcatrão, resultantes da interação dos sucos digestivos com sangue livre) raramente tem origem no colo. Hemorragias se originam de lesões locais como pólipos, hemorróidas, ou tumores, ou lesões mais generalizadas como colite, telangiectasia hereditária (dilatação vascular).

Durante o exame, palpe o colo em busca de encolhimento ou distensão de origem gasosa (isto é, obstrução distal). Espasmos ou proteção na fossa ilíaca geralmente significam diverticulite aguda. O exame retal (ver "Diagnóstico" abaixo) pode ser útil.

esta é mais central. A dor jejunoileal muitas vezes se confunde com a de estômago ou rim esquerdo. A dor ileocecal, que afeta tanto o íleo quanto o ceco, é mais meridiana quando somente do ceco. Prolapso intestinal produz uma dor mais inferior, irradiando para o sistema urogenital. Fibras sensoriais de todas as partes do colo seguem rotas simpáticas em direção ao gânglio inferior do plexo celíaco. A dor retal tem origem e é projetada pelos nervos do plexo sacral. A dor colônica pode resultar de distensão, espasmo, inflamação, ou irritação peritoneal.

Diverticulose

Esse distúrbio comum envolve pequenas hérnias ou protusões em formato de sacos (divertículo) da mucosa intestinal através da parede muscular vizinha. Sua frequência aumenta com a idade, e está na faixa de 20% a 50% na população ocidental acima dos 50 anos, sendo a predominância nos Estados Unidos de 50% entre as idades de 60 e 80. Em 65% dos casos ela se encontra no colo sigmóide, e nunca no reto. É mais provável que o divertículo se forme no colo sigmóide (que tem um diâmetro luminal mais estreito e uma camada mais espessa de musculatura lisa) que no colo ascendente (que é mais largo como camada muscular mais fina). Ele é mais frequente no colo que no intestino delgado. Acredita-se que uma dieta pobre em fibras seja o fator que mais contribua para seu aparecimento. Sem as fibras para aumentar a massa das fezes, a pressão intraluminal aumenta, favorecendo a formação dos divertículos. A diverticulose é frequentemente associada a veias varicosas, hemorróidas, hérnias de hiato ou inguinais, ou pedras de vesícula. No bloqueio criado por um divertículo, o material fecal se acumula e seca, criando fecálitos. Os divertículos não se tornam tumores.

progredir para diverticulite aguda (inflamação em torno do divertículo). Os sintomas incluem febre, dor no baixo abdome intensificada pela defecação, e sinais de irritação peritoneal (espasmos musculares, proteção muscular, repercussão). Também resulta frequentemente em constipação com fezes de tamanho reduzido. Sangramento retal, geralmente microscópico, ocorre em 25% dos casos. Perfuração com peritonite e sepse pode ocorrer, especialmente em idosos enfermos.

Polipose

Um pólipos é uma estrutura que se desenvolve da mucosa e se projeta para dentro do lúmen. Pólipos adenomatosos são comuns, particularmente em homens idosos com histórico familiar. Há um grande risco (50%) de que esses pólipos se tornem malignos. Os sintomas são sutis: diarreia, hemorragia manifesta ou oculta, e obstrução intermitente. Em 50% dos pacientes que se submetem à polipectomia, novos pólipos aparecem num prazo de dez anos. Os pólipos são encontrados desde a junção ileocecal até o ânus.

Síndrome do Intestino Irritável

Esse distúrbio, que afeta principalmente um-heres entre 15 e 45 anos, é caracterizado por:

- dor abdominal ao longo do colo
- hábitos intestinais variáveis
- constipação ou diarreia
- fezes extremamente pequenas (como de cabras) quando o espasmo for forte
- alívio da dor por defecação (o sinal mais comum é constipação com dor na fossa ilíaca esquerda, que se alivia na defecação)
- instabilidade vasomotora, dor de cabeça
- distensão, flatulência
- dor na porção média e baixa das costas.

O paciente é, provavelmente, uma pessoa ansiosa que transpira facilmente, não exibe proteção muscular do abdome, e geralmente apresenta um colo sigmóide sensível e cheio em combinação com um reto vazio. O diagnóstico é suportado por uma longa anamnese, ausência de alterações físicas, e associação com sintomas de estresse. Na radiografia observa-se haustração acentuada e aspecto tubular do colo descendente.

Sugerimos que esses pacientes limitem o leite, evitem laxantes, sedativos, tabaco e álcool, e tenham uma dieta rica em fibras. Pode ser necessário uma reeducação do paciente; na França, 45 milhões de caixas de laxantes são vendidas anualmente!

Doença inflamatória do intestino

O termo se refere a doenças inflamatórias de origem desconhecida que envolve o trato intestinal inferior. Essa doença afeta ambos os sexos da mesma forma, ocorrendo predominantemente entre os 15 e 35 anos de idade. Existem duas formas, colite ulcerativa e doença de Crohn. A primeira afeta primariamente o colo (embora possa haver envolvimento do íleo terminal) e é ligeiramente mais comum. A doença de Crohn fora descrita originalmente como afetando apenas o jejuno-íleo e é às vezes conhecida como enterite regional. No entanto, esta pode afetar qualquer parte do trato digestivo inferior e ocorre frequentemente no colo, às vezes sem o envolvimento do intestino delgado.

Colite ulcerativa: A colite ulcerativa afeta principalmente as mulheres, com alta taxa de incidência entre 30 e 50 anos. Os sintomas incluem aparecimento relativamente repentino de diarreia com sangue (possivelmente com muco), anomalia do tônus e extensibilidade do colo, e desaparecimento da haustração ou inversão da segmentação visível em raio-x. Os pacientes apresentam dores nas articulações, alteração oral, ocular e hepática. Essa doença acarreta um aumento do risco de câncer de colo.

Doença de Crohn: Como citado acima, essa forma de doença inflamatória do intestino pode atacar qualquer parte do sistema digestivo. Ela envolve inflamação crônica afetando todas as camadas da parede intestinal, bem como o mesentério e linfonodos regionais. Pode-se ver atrofia do lúmen e ulceração da mucosa com cicatrização e áreas necróticas que podem se tornar fistuladas. Essa doença pode desaparecer por anos ou progredir aos saltos. A reatividade dos linfócitos fica reduzida, trazendo o risco de resposta imunológica intestinal inadequada. Os linfócitos do intestino delgado secretam imunoglobulina, particularmente da subclasse IgA.

Os principais sinais incluem dor abdominal (geralmente agravada após refeição), febre, fezes mal formadas ou movimentos intestinais frequentes, fadiga, anorexia, e às vezes dor nas costas. Quando há o envolvimento do intestino delgado, geralmente há dor no quadrante inferior direito de natureza semelhante a uma cólica ou câimbra, e ocasionalmente fistulação.

Tumores

Tumores do colo e do reto representam quase metade de todas as neoplasias do sistema digestivo e, nos Estados Unidos, aproximadamente 20% das mortes por câncer. Existe uma relação muito próxima entre esses tumores e (1) pólipos adenomatosos (particularmente onde existe um forte componente hereditário); (2) doença inflamatória do intestino crônica (particularmente colite ulcerativa). No geral, dois terços dos cânceres de colo afetam o colo sigmóide (mais comum em mulheres) ou reto (mais comum em homens).

Os sintomas são, inicialmente, não específicos, ex., perda de peso, mal estar, mudança de hábitos intestinais, palidez, e anemia. Em câncer do colo descendente, o ritmo e tamanho das fezes se altera, e o paciente tem a impressão de uma evacuação incompleta. 70% dos pacientes relatam sangramento (menos

comum em tumores do lado direito, uma vez que o sangue se mistura a material fecal). Exame retal pode revelar invaginação da área retossigmóide. Em cânceres do ceco e colo ascendente a dor abdominal é menor durante atividade física. O ceco pode distender-se por retenção fecal no colo ascendente. Seja delicado na palpação pois há risco de perfuração.

O diagnóstico pode basear-se em:

- modificação dos hábitos intestinais
- dispepsia
- sangramento, perda de peso
- presença de massa ou distensão na palpação

O149 detecção no exame retal de massas duras ou vegetativas, ou ulcerações.

Em tumores do reto, os sintomas aparecem mais cedo: sangramento, defecação urgente ou dolorosa, e mesmo incontinência de fezes. A dificuldade no diagnóstico é comum em pacientes com longo histórico de distúrbios intestinais menos sérios (ex., síndrome do intestino irritado, ou colite ulcerativa); estes provavelmente não se preocuparão com tais sintomas.

Carcinóides: São tumores de crescimento lento que liberam substâncias biologicamente ativas como serotonina. Eles geralmente se originam no íleo terminal e tendem a formar metástase no fígado sem envolver outros órgãos. Tumores carcinóides primários do apêndice parecem não criar metástase, enquanto que os do colo podem fazê-lo mas raramente apresentam funções endócrinas. Os sintomas principais são episódios repetidos de rubor intenso na cabeça e pescoço, que podem ou não ser acompanhados por taquicardia ou queda na pressão sanguínea. Esses pacientes podem desenvolver telangiectasia na mesma área e espessamento em forma de placas do endocárdio.

Distúrbios Anorretais

Dor ano-retal na defecação indica fissuras anais ou hemorróidas. Dor anorretal independente de defecação pode indicar:

- irritação ou inflamação do ânus, reto, ou colo sigmóide, caracterizados por tenesmos (tensão dolorosa da ampula retal), com falsa necessidade de defecar ou dor intensa tipo cólica no abdome inferior
- congestão acentuada por permanência sentado por longos períodos durante crise hemorroidal
- abscessos na borda do ânus.

Fístulas e abscessos: Esses podem estar associados à colite, doença de Crohn, diverticulite, ou complicações de cirurgia. Uma *fistula* é uma conexão fibrosa anormal em forma de tubo de uma cavidade normal (especialmente o canal anal) para outra cavidade ou superfície livre. *Fissuras anais* são erosões superficiais ou ulcerações da cobertura epitelial do canal anal; nessa condição, a defecação provoca dor que cede após alguns minutos, retorna com intensidade e por longo tempo, e finalmente desaparece até o próximo movimento intestinal. Úlceras anais resultam de espasmos dolorosos do esfíncter antes e após defecação; são profundas e crônicas. *Abscessos* geram dor que não tem relação com movimentos intestinais e pode ser acompanhada de febre.

Hemorróidas: Essas não são simples veias varicosas, mas uma massa de veias dilatadas juntas no ânus ou reto, envolvendo os plexos venosos locais. Trombose hemorroidal é a presença de uma ou várias "pedras" trombóticas nas hemorróidas. É improvável que tais trombos se tornem êmbolos (isto é, sejam levados pela corrente sanguínea e venham a bloquear vasos menores em outro local).

As hemorróidas podem ser causadas pelo aumento de pressão do sistema porta, gravidez, distúrbios hepáticos, aumento da pressão abdominal, diarreia, tumores, ou

evacuação fecal incompleta. Quando as hemorróidas internas aumentam de volume, a dor não é comum, exceto em caso de trombose, infecção, ou erosão da mucosa adjacente. Outros sintomas possíveis incluem sangramento vermelho vivo e desconforto anal, e, às vezes, prolapso hemorroidal, edema, ou espasmos do esfíncter anal. Esses prolapsos, que se devem a frouxidão dos tecidos conectivos da submucosa, podem sangrar e tornarem-se infectados. Hemorróidas externas se apresentam como inchaços azulados sensíveis e são geralmente dolorosas.

Hemorragia retal: É devida não à ruptura das hemorróidas, mas dos capilares ano-retais. Ulcerações devidas ao uso impróprio de termômetros anais e outros dispositivos são a principal causa.

PATOLOGIAS ASSOCIADAS E SINTOMAS

Uma variedade de reflexos e condições espasmódicas são influenciadas por problemas intestinais. A hidronefrose da pelve renal direita é uma importante sequela de distúrbios inflamatórios do íleo ou junção ileocecal; existe ainda uma relação mecânica entre prolapso renal e o ceco. Muitos problemas intestinais são acompanhados por dor na parte baixa das costas e/ou dor nas articulações (principalmente nos joelhos), demonstrando novamente que dores musculoesqueléticas raramente são de origem puramente mecânica.

Além dos sintomas específicos e óbvios listados na seção anterior, existem outros sintomas que podem estar relacionados a problemas intestinais:

- sensação de peso, ou dor espasmódica no abdome
- emissão frequente de gases, e alívio após defecação
- sensação de estômago cheio; desconforto ao curvar-se para frente por longo tempo ou roupas apertadas

- falta de apetite
- língua revestida, mal hálito
- fadiga ao final da tarde e fadiga com insônia ou sono turbulento no meio da noite
- a posição prona é desconfortável; o sono não revigora
- olhos sensíveis à luz e ardendo
- pés e pernas pesados pela manhã
- respiração superficial.

Nenhum desses sintomas é específico, mas quando associados a outros sintomas ou nossos testes, podem se mostrar significantes. Para alguns deles, um mecanismo pode ser facilmente proposto, ex., fadiga na hora de máxima atividade intestinal, que ocorre de 3 a 8 horas após alimentar-se, dependendo da velocidade do metabolismo dos alimentos; pés e pernas pesados pela manhã resultantes de congestão venosa mesentérica; respiração superficial devido ao colo restringir o diafragma. No entanto, para outros, ex., olhos sensíveis à luz e ardendo, existe uma correlação clínica com problemas intestinais, mas nenhum mecanismo óbvio.

CONCLUSÃO

Distúrbios dos intestinos grosso e delgado são extremamente variados em suas causas, efeitos, e relações viscerais, uma vez que eles estão em contato com todos os outros órgãos digestivos, bem como aqueles dos sistemas urinário e reprodutor. As associações com outros órgãos variam, dependendo da idade do paciente. Quando se pensa em disfunções intestinais, geralmente se enfatiza indevidamente suas patologias musculares; espasmos colônicos geralmente se originam de problemas vasculares. O intestino necessita de suporte circulatório eficiente para garantir seu funcionamento fisiológico apropriado. Uma lesão intestinal inevitavelmente produz grande efeito no metabolismo

geral, e impede a assimilação satisfatória de substâncias indispensáveis ao bom tônus muscular (ex., cálcio, potássio, sódio, selênio, e vitaminas).

Diagnóstico

AUSCULTA GERAL

Em distúrbios intestinais, o paciente sempre assume a posição curvado à frente, com pequenas variações dependendo da localização do problema. Para as flexuras, o movimento adicional é quase sempre puramente flexão lateral, enquanto que para o colo ascendente e descendente ocorre maior curvatura à frente, que interrompe ao nível da restrição e é seguida de flexão lateral. Para a flexura hepática, o movimento termina com uma leve rotação à esquerda, e para a flexura esplênica, uma rotação à direita. Para o colo transverso e parte superior do jejunoíleo, ocorre uma curvatura à frente, geralmente com rotação à esquerda para essa última estrutura. Quando as partes inferiores do jejunoíleo estão envolvidas, o grau de curvatura à frente é maior e muito similar ao que ocorre em restrições da bexiga.

AUSCULTA LOCAL

Nessa seção, apresentarei apenas uma visão geral dos resultados que se pode esperar do diagnóstico diferencial por Ausculta Local. O traquejo nessa técnica custará centenas de horas de prática clínica, com confirmação do diagnóstico por outros métodos de teste.

Com o paciente na posição supina, posicione sua mão espalmada no abdome, o dedo médio na linha média com o calcanhar logo acima do umbigo (*Ilustração 8-1*). Para problemas da **flexura hepática** (seta 1), a mão se move obliquamente e superiormente e à direita na direção da flexura. Para o **colo ascendente** (seta 2), a mão se move lateralmente à direita, e se prona; o dedo indicador termina repousando na projeção superficial do colo ascendente. Para a **flexura duodenojejunal**, a mão prona imediatamente, o dedo indicador e eminência hipotenar indo repousar numa linha paralela e a dois dedos à direita da linha média. Para o **rim direito**, o calcanhar da mão se move para a direita do umbigo, sobre o pólo inferior do rim. Para o **ceco** (seta 3), a eminência tenar se move na direção do ASIS direito e prona ao facear o ceco.

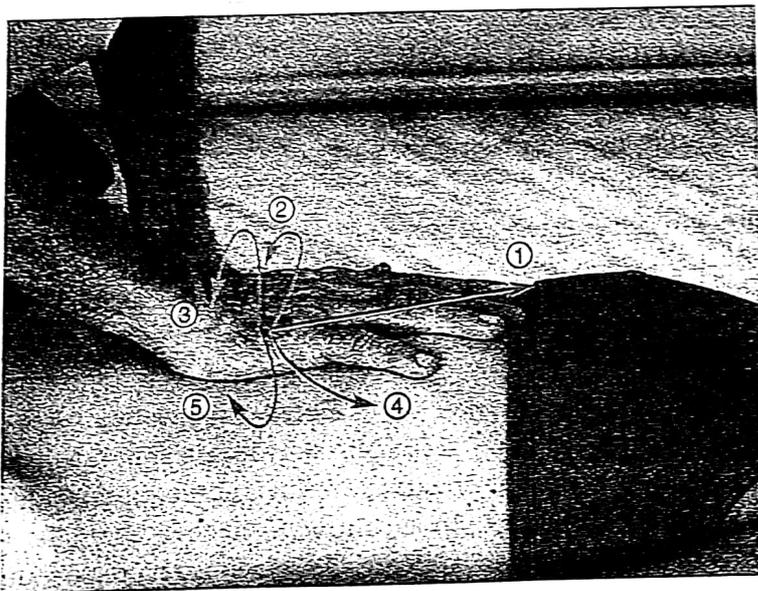


ILUSTRAÇÃO 8-1

Diagnóstico Diferencial Local: Colo

1. Flexura hepática
2. Colo ascendente
3. Ceco
4. Flexura esplênica
5. Flexura duodenojejunal

Como revisão, existem outras estruturas importantes do lado direito do abdome. Para o **fígado**, os dedos se movem ao longo da linha médio clavicular-umbilical em direção à projeção do fígado e repousam aí. Para a **vesícula**, a eminência tenar se acomoda plana contra a margem costal inferior na interseção médio clavicular-umbilical.

Para problemas da **flexura esplênica** (seta 4), o movimento é simétrico ao da flexura hepática. Ao final do movimento, a borda ulnar da mão se encontra na parte mais lateral do hemitórax esquerdo. Para comparação, ao pegar o estômago na ausculta, ela está mais central. Para a **flexura duodeno-jejunal** (seta 5), o calcanhar da mão se move para um ponto dois a três dedos acima do umbigo, na linha médio clavicular-umbilical. Para o **colo descendente**, a eminência hipotenar se move lateralmente nessa direção e rotaciona em sua borda ulnar quando se aproxima. Para o **reto sigmóide**, o calcanhar da mão se move em direção ao ASIS esquerdo e, ao final do movimento, inclina levemente à direita.

Para problemas do **jejunoíleo**, a mão pode mover-se à esquerda ou direita, dependendo de sua localização exata. Se todo o jejunoíleo for afetado, a mão o comprime levemente e os dedos se espalham. Por ser o órgão tão grande e móvel, a Ausculta Local do intestino delgado é razoavelmente difícil e requer muita prática. Para a **bexiga e órgãos reprodutores**, o calcanhar da mão se mantém na linha média e move-se diretamente para baixo em direção à sínfise púbica.

INIBIÇÃO

Vamos dizer que, na Ausculta Local, sua mão se moveu em direção à margem costal direita e você hesitou entre diagnosticar problema de vesícula ou da flexura hepática. Crie um ponto de inibição na projeção da vesícula.

Se sua mão continuar atraída pela flexura hepática, isso suporta o diagnóstico de problema nessa área.

Uma vez que os intestinos se sobrepõem a tantos órgãos, existem outras incontáveis oportunidades para se usar a técnica de inibição, que deixarei para sua imaginação. Muitos exemplos já foram dados nos capítulos anteriores, e o princípio continua o mesmo.

REBOTE

Sensibilidade à palpação inicial do intestino indica que o problema se localiza no próprio órgão; dor mediante rebote sugere que o problema será encontrado nas inserções peritoneais ou ligamentares. Os cirurgiões se utilizam dessa técnica para diagnosticar apendicite.

Para problemas colônicos, o órgão estará sensível, ou até mesmo dolorido, mediante palpação. Pode estar em espasmo ou distendido por gases. Primeiro mobilize-o repetidamente até liberar os espasmos. Proceda à técnica do rebote pelo estiramento das inserções peritoneais transversalmente e relaxando bruscamente. A sensibilidade a esta técnica é uma indicação para manipular-se a fáscia de Toldt.

Desconforto em inalações profundas e prolongadas pode refletir um problema nos intestinos (que estarão comprimidos), enquanto desconforto acompanhando exalações profundas indica, mais provavelmente, um problema das inserções (que estarão estiradas).

EXAME RETAL

No livro *Manipulação Visceral I* (pág. 193-194), descrevemos um teste de mobilidade para a região sacrococcígea por via retal. O exame retal pode ser usado em diagnóstico osteopático para manifestar outros sintomas clínicos. Cinquenta e cinco por cento dos adenomas são encontrados no retossigmóide, e 50% dos cânceres de reto estão na região de

alcance do dedo indicador. Essas formas de câncer representam 10% de todos os cânceres gastrointestinais.

A exploração deve ser indolor. Normalmente, as paredes do reto parecerão enrugadas e flexíveis. Movendo-se o dedo indicador em direção à sínfise púbica, pode-se sentir a próstata ou vesículas seminais em homens, ou o cérvix ou base da bexiga em mulheres. Na retroversão do útero, o cérvix pode ser sentido diretamente anterior ao reto. A próstata e o cérvix não devem estar moles de jeito nenhum. O exame retal pode também ser útil no diagnóstico de inflamações do útero, tubos uterinos, ovários, ou peritôneo. Nódulos na bolsa de Douglas (saco peritoneal situado posterior ao útero e anterior ao reto) pode significar metástases peritoneais.

O exame pode também revelar:

- erosão anal ou perianal (nesse caso a penetração do dedo causa intensa dor)
- inchaços hemorroidais, que pode estar mais ou menos rígidos
- o orifício de uma fístula
- tumores retais
- enrijecimento da parede que, acompanhada de inchaço, inatividade, sangramento, ou ulcerações dolorosas e enrijecidas, sugere câncer de ânus ou ampula
- estreitamento retal, com diâmetro anal máximo de 5 a 6cm (isso pode ser congênito, pós-traumático, inflamatório, ou devido a câncer retal ou tumor da parede, ou mesmo compressão externa de um tumor vizinho)
- se houver fezes na luva, verifique vestígios de sangue, aparência de alcatrão, ou combinação de sangue e pus (indicando inflamação do reto ou colo sigmóide).

RESTRICÇÕES ESQUELÉTICAS ASSOCIADAS

Dor nas Costas

Dor nas costas relacionada aos intestinos se apresenta primariamente na região lombar superior e pode surgir e desaparecer em associação à atividade digestiva. De todos os órgãos viscerais, os rins e intestinos são os mais prováveis de estarem associados a dor aguda ou crônica na parte baixa das costas. A musculatura lisa intestinal pode se manter espástica por várias horas e então relaxar-se sem motivo aparente. Nesses distúrbios colônicos, a seção correspondente da coluna vertebral se torna mais sensível. O limite da musculatura para-vertebral lombar diminui, isto é, tendem a contrair com mais facilidade. A dor aguda na parte baixa das costas pode resultar do mais leve esforço. Nossa experiência clínica mostra que o evento que desencadeia é geralmente algo do tipo, "Peguei um palito de fósforos caído no chão". Não obstante, médicos convencionais atribuem esse tipo de dor ao esforço físico, e prescrevem medicamentos anti-inflamatórios livres de esteróides. Estes irritam a mucosa intestinal e iniciam um ciclo vicioso, que pode explicar dor lombar persistente em casos onde não há sinais objetivos da presença de doença relacionada aos discos.

As articulações sacrílicas, como as "cestas de lixo" do corpo, ficam restritas à esquerda quando há problemas com o colo descendente e sigmóide, e à direita quando os problemas são do ceco e colo ascendente.

Ciática

O Capítulo 9 discutirá as etiologias da dor ciática à esquerda e direita. Ciáticas à esquerda têm uma contribuição vascular e são frequentemente acompanhadas por problemas da circulação venosa afetando o membro inferior esquerdo e retossigmoidal. Acreditamos que as veias epidurais que dependem do

sistema ázigo estejam dilatadas nessa condição, e restrinjam os forames intervertebrais. Pode-se argumentar que a ciática perturba a circulação venosa, porque a raiz do nervo disfuncional gera um desequilíbrio circulatório generalizado. Para diagnóstico diferencial, sugiro que execute um teste Lasègue enquanto inibe, por pressão posterior superior, a região retossigmóide. Um aumento de 40% na elevação do membro inferior confirma um problema intestinal e, talvez, vascular.

Ciáticas à direita são geralmente de origem mecânica, normalmente devido a tensão anormalmente alta nas inserções peritoneais da junção ileocecal. Teste o psoas; se estiver espástico ou retraído, um problema mecânico é a causa mais provável. Use o teste de Lasègue empurrando o ceco pósterosuperiormente e pouco medialmente. Novamente, um aumento significativo (mais de 30%) no movimento, implica o intestino.

Membros Inferiores

Em quase todas as descrições de patologias intestinais (cobrimos apenas uma pequena parte), dores articulares nos membros inferiores são mencionadas. Essa conexão pode ser explicada por estímulo mecânico anormal do nervo femural, ou por cadeias lesionais (ver Capítulo 1) das fâscias que se estendem continuamente entre o colo, ceco, região sacroilíaca, musculatura psoas, trato iliotibial, e membros inferiores. Problemas crônicos do colo são frequentemente acompanhados por dormência nas coxas, que variam de intensidade dependendo do ritmo colônico e desconforto.

Pense com cuidado ao fazer perguntas e ouvir histórias. Alguns pacientes se preocupam com seus sintomas intestinais e desprezam outros, que geralmente incluem úlceras, disfunção renal, ou (no contexto presente) dores articulares.

Problemas articulares são de dois tipos: reflexos e mecânicos. No tipo reflexo, estímulo anormal dos nervos causa espasmos e irritação na membrana sinovial da cápsula do joelho (que é inervada pelo tronco an-

teromedial do obturador e nervos safenos). A circulação e nutrição normais das cartilagens do joelho através dos tecidos vizinhos pode ser prejudicada, e a cápsula se torna dolorida. No tipo mecânico, o desequilíbrio das tensões fasciais causa contração muscular de maneira anormal, levando à restrição articular e, eventualmente, artrite e outras enfermidades degenerativas.

O membro inferior esquerdo tem relação próxima com o retossigmóide, particularmente em termos da circulação venosa. Esse membro é frequentemente afetado em caso de hemorróidas e nota-se que as veias varicosas geralmente se concentram do lado esquerdo. Isso é devido à influência do intestino e sistema urogenital no sistema venoso do membro inferior esquerdo. No sistema urogenital, as restrições do cérvix também ocorrem principalmente do lado esquerdo. O cérvix se deita sobre e se fixa no reto. Adicione a isso um tipo de constipação retossigmóide e o resultado é uma compressão retal dupla que prejudica a circulação venosa da pelve e membro inferior.

Pés

Quando se examina os pés de pacientes com problemas do colo, é surpreendente perceber que uma grande quantidade deles tem plegar valgo (joanete) em um ou ambos os pés. Isso pode também ser explicado pelas cadeias lesionais musculofasciais.

Articulação glenoumeral

Nos membros superiores, ocasionalmente encontra-se periartrite glenoumeral associada a problemas intestinais, mas é menos comum do que nos distúrbios do fígado, estômago e rins. Esse sintoma é geralmente relacionado a problemas das flexuras e a intensidade da dor pode variar dependendo do grau de irritação colônica. Faça o teste da articulação glenoumeral (Capítulo 1) para confirmar a

participação intestinal; a participação intestinal; empurre as flexuras posterosuperiormente e medialmente. Os testes de Adson-Wright e de pressão arterial raramente são significantes nesse caso.

Tratamento

O objetivo da manipulação dos intestinos é liberar áreas esclerosadas, fibrosadas, e espásticas, e normalizar a pressão dos gases, sangue e outros fluidos. Embora prescindida de qualquer evidência objetiva laboratorial ou por imagens, nossa experiência clínica nos leva a acreditar que podemos influenciar o metabolismo intestinal e resposta imunológica. A melhor estratégia no tratamento local é concentrar-se nas inserções intestinais, remover fibroses, e aumentar a elasticidade. As zonas mais reflexogênicas são as inserções diafragmáticas, raiz mesentérica, flexura duodenojejunal, junção ileocecal, mesocolo sigmóide, e fâscia de Toldt.

FLEXURAS HEPÁTICA E ESPLÊNICA

Essas flexuras devem ser mobilizadas nos três planos para garantir a descoberta de todas as restrições possíveis.

Plano frontal

Posicione-se atrás do paciente, que estará sentado com as pernas dependuradas, mãos repousando sobre as coxas. Para a flexura hepática (*Ilustração 8-2*), posicione seus dedos sob as costelas lateralmente à direita exercendo pressão sub-hepática, e mova-os primeiro posterosuperiormente e medialmente, e depois anterosuperiormente e medialmente. Repita esse processo ritmicamente. Para flexura esplênica, posicione seus dedos sob a caixa torácica lateralmente à esquerda, e execute a mesma técnica. Aconselhamos usar rebote ao início de qualquer sessão onde estejam tratando as flexuras; irá facilitar outras técnicas. Rebotee particularmente

efetivo no tratamento de estruturas musculares como é o colo.

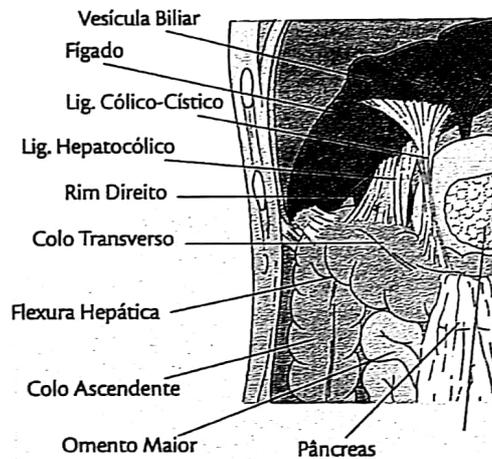


ILUSTRAÇÃO 8-2

Flexura Hepática (segundo Testut)

Alternativamente, de novo com o paciente sentado, fixe a flexura hepática bem sob seus dedos, elevando-a o mais possível com o intuito de exercer tração longitudinal no colo ascendente (*Ilustração 8-3*). Então curve o paciente para trás para aumentar o estiramento. Em caso de restrição na flexura hepática, o paciente terá uma boa sensação das zonas restritas; peça a ele que as descreva para ajudar a refinar suas técnicas. O rebote, liberando as mãos quando a tensão longitudinal do colo estiver máxima, é também muito efetivo.

Para uma variação na posição em decúbito lateral, o paciente repousa sobre o lado oposto ao que se deseja manipular. Como acontece com fígado e estômago, deve-se posicionar as almofadas dos dedos de ambas as mãos subcostalmente, mas nesse caso os polegares se mantêm atrás, contra as inserções diafragmáticas das flexuras. Empurre as costelas em direção ao umbigo com um movimento horário (na direita) e anti-horário (na esquerda), então ou deixe-os voltar passivamente, ou traga a margem costal ao

seu encontro. Essa técnica pode também ser executada estirando-se o braço com uma das mãos e, com a outra, empurre as costelas para concentrar seu estiramento no diafragma.

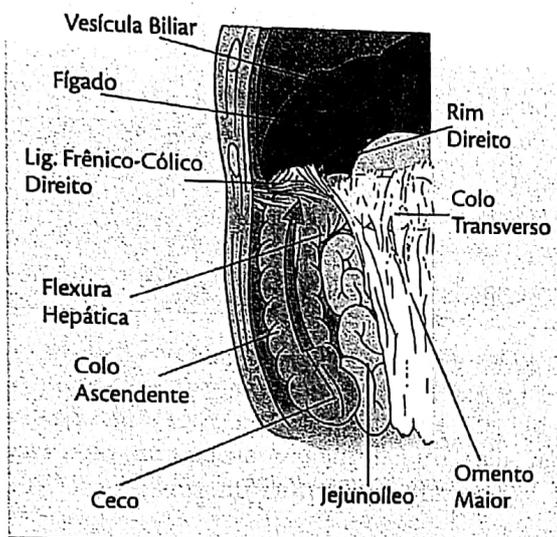


ILUSTRAÇÃO 8-3

Estiramento da Flexura Hepática: Relações

Plano sagital

O paciente assume novamente a posição em decúbito lateral. Posicione uma das mãos na caixa torácica posterior e a outra

logo abaixo, na margem costal anterior. As mãos trabalham juntas para trazer o aspecto inferior da flexura restrita anteriormente e o aspecto superior posteriormente (*Ilustração 8-4*). Para tratamento das flexuras, procure focar mais no movimento vertical (superior); para o fígado, use mais rotação. Após cinco a seis movimentos, execute um rebote liberando ambas as mãos após terem ido ao limite.

Para uma variação na posição sentado, o paciente com as duas mãos atrás do pescoço. Com uma das mãos, fixe a flexura pósterosuperiormente contra o diafragma. Com a outra, traga o paciente em sua direção reclinando-o de costas através dos cotovelos.

Plano transversal

O paciente assume a posição em decúbito lateral. Aplique pressão com as duas mãos no segmento costal apropriado, os polegares apontando posteriormente. Empurre as costelas na direção do processo xifóide e deixe retornar passivamente. Para compressão lateral, posicione o paciente sentado, assente-se a seu lado (lado oposto àquele a ser tratado), e comprima o hemitórax inferior contra você. Libere passivamente ou com rebote.



ILUSTRAÇÃO 8-4
Manipulação Direta da Flexura Esplênica (Em Decúbito Lateral)

FÁSCIA DE TOLDT

Como observado anteriormente, o colo pode fixar-se na fásia de Toldt, enquanto mantém uma mobilidade superficial aparentemente normal. Tal restrição é patogênica porque irrita o peritônio parietal posterior e fásia renal. Após localizar a restrição, posicione os polegares na parte inferior lateral do colo, e os dedos em torno do colo. Empurre o colo em direção à linha média, e libere-o. Utilize o rebote antes desse tratamento; isso irá eliminar quaisquer restrições secundárias e permitirá que se concentre nos pontos de aderência. Essa técnica poderá ser executada na posição sentado ou em decúbito lateral.

FLEXURA DUODENOJEJUNAL E RAIZ MESENTÉRICA

Essa região (*Ilustração 8-5*) é altamente reflexogênica e tem influência significativa nos sistemas circulatório e muscular do intestino. Deve ser manipulada das bordas para dentro. A flexura duodenojejunal é simetricamente oposta ao esfíncter de Oddi.

Com o paciente na posição em decúbito lateral esquerdo, posicione os polegares na parte medial da flexura, à esquerda do umbigo. Para atingí-la deve-se passar pelo peritônio, omento maior, intestino delgado, e estômago. As manipulações acontecem numa direção superolateral oblíqua à esquerda. A flexura pode ser trazida de volta com os dedos, mas geralmente retorna à posição inicial por si mesma. Certifique-se de verificar a rotação da flexura na conclusão da técnica (que pode levá-la a fechar), e execute indução, se necessário.

Para a raiz mesentérica, posicione os dedos entre a flexura duodenojejunal e o ceco. Mova-os em direção ao peritônio parietal posterior. Para atingí-la, vá pelo peritônio parietal anterior, omento maior, e envolva o intestino delgado. A raiz mesentérica

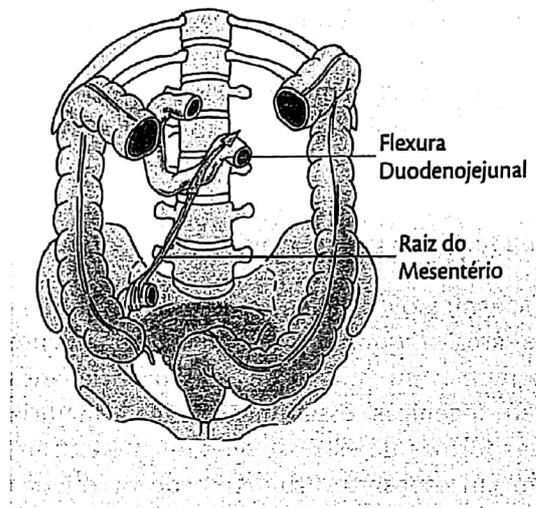


ILUSTRAÇÃO 8-5

Raiz Mesentérica e Flexura Duodenojejunal

rica deve apresentar-se como uma estrutura semelhante a corda, que então deve ser estirada superiormente e à direita numa direção perpendicular a seu próprio eixo. A dor no rebote geralmente indica aderência causada por infecção ou fatores mecânicos. Para prolapso intestinal, a raiz mesentérica estará sensível e tensa. Manipule-a cinco a seis vezes até haver liberação. Então vá menos profundo e continue de modo a liberar também o mesentério do próprio intestino delgado.

Não é necessário dizer que com todas essas manipulações pode-se usar o rebote, mas não é suficiente simplesmente liberar as aderências. O rebote é aplicado à raiz mesentérica de maneira similar ao dedilhar de uma corda de violão. Posicione os dedos sobre o meio da raiz, estire-a (geralmente em direção à cabeça), e libere. Finalize essas técnicas com uma combinação de pressão, rotação, e indução da flexura com o intuito de eliminar quaisquer espasmos e obter um efeito reflexo generalizado.

Finalmente, coloque o paciente em supino e use a técnica de pressão/rotação que é aplicável a qualquer área de esfíncter.

Essa técnica é, ao mesmo tempo, direta e induzida (*Manipulação Visceral I*, pág. 154). Ao fim da rotação, deixe a palma mover-se transversalmente à esquerda para aumentar o efeito de estiramento. O rebote acontece quando o limite possível do movimento é atingido.

JUNÇÃO ILEOCECAL

Espasmos ou problemas de orientação dessa área (*Ilustração 8-6*) são extremamente comuns. Em função de suas propriedades reflexogênicas, essa junção reage à maioria das formas de estresse, geralmente entrando em espasmo. Problemas de orientação resultam de apendicectomia ou desequilíbrio das tensões peritoneais adjacentes. O desequilíbrio cria um conflito mecânico que interfere com a passagem de quimo, e pode explicar as inúmeras inflamações que aparecem aqui. Para se liberar a junção ileocecal efetivamente, deve-se trabalhar nas inserções posterior lateral, medial, e inferior. As superiores são tratadas através de manipulação do colo (veja acima).

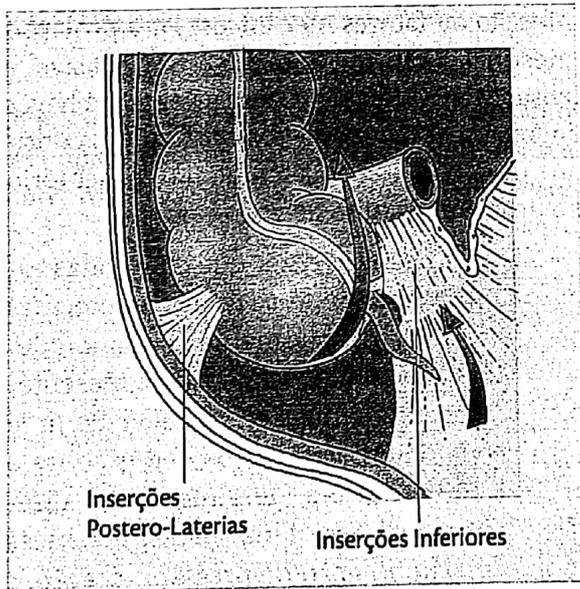


ILUSTRAÇÃO 8-6

Junção Ileocecal (segundo Testut)

O ceco se fixa ao peritônio parietal pelos ligamentos do mesentério. Para tratar

essas **inserções posterolaterais**, mova os dedos medialmente entre o ceco lateral e parede medial do íleo até atingir a área restrita. Traga o ceco em direção ao umbigo e deixe-o voltar a sua posição original. O ceco geralmente aparenta estar livre superficialmente enquanto permanece restrito num nível mais profundo. A não liberação de um ceco restrito pode tornar o restante do tratamento inútil.

As **inserções mediais** são, quase sempre, sensíveis à palpação. Posicione os dedos no ceco posteroinferior medial, abaixo da raiz mesentérica, e então na parte posterosuperior medial acima da raiz. Estire a junção ileocecal em direção ao ASIS direito, e então perpendicularmente para a linha média, e finalmente em direção à ponta de R12.

Para as **inserções inferiores**, junte o ceco em sua parte mais baixa (mais em mulheres) indo sob o plano transversal que passa através do limite superior dos ossos íliacos. Tome muito cuidado para não irritar o ovário direito. A abordagem não deve ser dolorosa. Mobilize o ceco na direção posterior superior.

Uma técnica combinada é a mais efetiva para liberar restrições do ceco inferior. Coloque o paciente na posição "de quatro". Fique de pé à direita dele, direcionado aos pés. Vasculhe a região, abarque a parte inferior do ceco entre os dedos e polegar de sua mão direita, e puxe-o anterior e superiormente. Enquanto mantém essa pressão, estire as inserções posteriores pela extensão e captura da perna direita. Repita essa técnica suave e ritmadamente até sentir a liberação.

Em casos não complicados de constipação, geralmente focamos no tratamento do piloro e válvula ileocecal. Uma vez que estejam se movendo bem (demonstrado por rotação horária na Ausculta Local), todo o trato intestinal está, essencialmente, em bom funcionamento, e a constipação geralmente se resolve.

Sugerimos que finalize o tratamento do ceco com indução. Isso é um pouco

complexo, uma vez que as partes superior e inferior do ceco têm motilidades diferentes. O ceco inferior tem uma rotação anterior/posterior tipo "gangorra" ou "mata-borrão" no plano sagital (ou eixo transversal), enquanto o ceco superior tem a mesma motilidade que o colo ascendente, isto é, rotação esquerda/direita no plano transversal (ou eixo vertical). Executamos a indução do ceco em dois estágios: primeiro a parte inferior, e então, apenas após sua liberação, a parte superior.

MESOCOLO SIGMÓIDE

A técnica para essa conexão peritoneal (*Ilustração 8-7*) fora introduzida previamente (*Manipulação Visceral I*, pág 130), e devo agora completá-la. Posicione os dedos entre o ASIS esquerdo e o colo sigmóide, o mais possível para trás para atingir a zona de inserções peritoneais. Mantenha pressão posterior enquanto se move em direção ao umbigo, e então libere a pressão. Repita esse processo ritmadamente. Em seguida, execute a mesma técnica a partir da sínfise púbica acima da bexiga. Para eliminar espasmos colônicos, execute uma técnica de rebote uma vez ou duas no início do tratamento: isso irá liberar

rapidamente tensões superficiais e compensatórias. Então relaxe a pressão posterior de modo que mobilize o próprio mesocolo e não mais sua zona de inserção.

INDUÇÃO DO JEJUNOÍLEO

Com o paciente na posição supina, joelhos dobrados, posicione a palma de uma das mãos, direcionada inferior e medialmente, entre a margem costal esquerda e a flexura duodenojejunal. Posicione a outra mão medialmente à área cecal direcionada superior medialmente (de modo que as duas palmas estejam face a face) (*Ilustração 8-8*). Deslize as mãos em direção uma da outra enquanto pega o intestino delgado e o omento maior. Ao final do movimento, é como se quisesse suspender levemente a massa formada por intestino e omento para proceder a uma indução. Isso geralmente levo o intestino a uma rotação-tração anterior. Então repita o tratamento, mas agora posicione uma palma dentro do ASIS esquerdo e a outra abaixo das costelas direitas, medialmente ao colo ascendente. A palma inferior move-se superomedialmente, enquanto a de cima se move inferomedialmente.

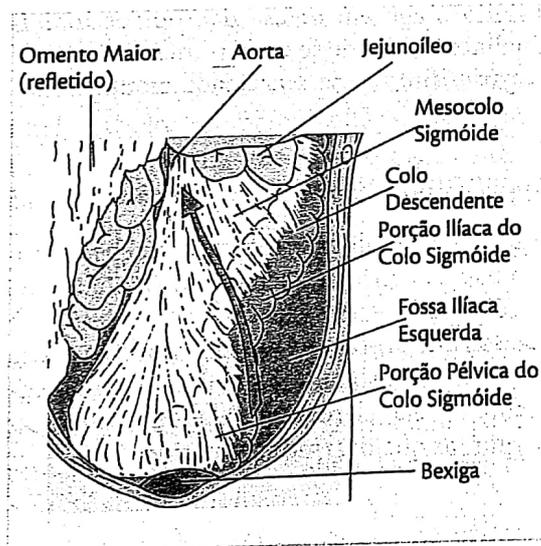


ILUSTRAÇÃO 8-7

Mesocolo Sigmóide: Estiramento Direto

ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO

Manipule (nessa ordem) a flexura duodenojejunal e junção ileocecal, flexuras, raiz do mesentério, raiz do mesocolo sigmóide, e zonas de fixação locais do colo. Embora isso seja um tanto inconsistente com nossas orientações gerais para tratamento de estruturas semelhantes a esfíncter (veja Capítulo 1, "Zonas Reflexogênicas"), essa é, em nossa experiência, a estratégia mais efetiva.

Para problema no colo transversal, execute manipulação das juntas de ambas as flexuras. Se as junções do jejunoíleo e colo estiverem difíceis de liberar, libere outras zonas altamente reflexogênicas (como esfíncter de Oddi, a vesícula, ou o cárdia) e tente de novo.

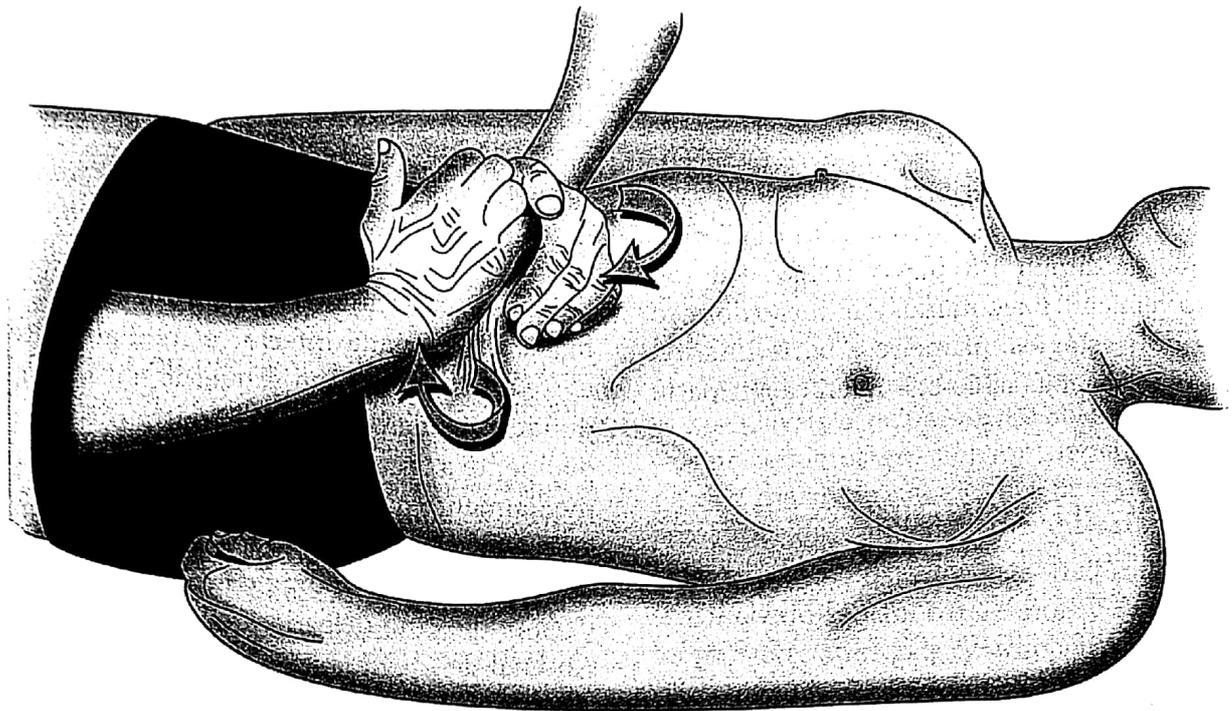


ILUSTRAÇÃO 8-8

Indução do Intestino Delgado

Relações Emocionais dos Intestinos

Feminilidade

Em contraste com o estômago, que é o órgão da masculinidade, o intestino é o órgão da feminilidade e potencial feminino (e mesmo homens são capazes de ter um aspecto feminino em sua personalidade). As estatísticas mostram que distúrbios do colo afetam muito mais mulheres que homens.

Proteção

Isso é um verdadeiro paradoxo: a mulher "intestinal" tem grande necessidade de proteção, embora seja frequentemente aquela que protege os outros. Esse é um mecanismo inconsciente, provavelmente devido ao fato de o intestino agir de acordo como o lema: "Doe e receberá".

Papel na Família

O fato da mulher ser a protetora confere a ela posição central na família. Tudo gira em torno dela. Ela gerencia a família e todos os parentes, age em defesa dos outros individualmente, e pode se tornar uma campeã em angariar fundos para caridade e outras causas nobres.

Papel como Mãe

Esse tipo de mulher se identifica tão bem com seu papel de mãe que seu marido lentamente, porém certamente se torna mais um filho que ela tem que proteger. Quando o marido chega para uma consulta, ela geralmente o acompanha e é ela, claro, que responde a todas as perguntas que fizermos ao marido.

Hipocondria

Essa pessoa geralmente tem problemas porque ela tem que deixar os outros saberem

que eles devem dar atenção a ela. Sua vida é dominada pelas doenças que acredita ter e que ela projeta também nos filhos. A razão pela qual ela ou outra pessoa de sua família vêm a uma consulta é constipação ou, menos comum, diarreia, dores de cabeça, dores nas costas, medo de câncer, etc. Ela é muito apegada a todos que lidam com ela: médicos, cabeleireiros, dentistas. Se você a indicar a outro médico, ela sempre voltará para você.

Estabilidade

Essa pessoa tem grande necessidade de estabilidade emocional e geográfica. Cada vez que se move ou viaja, fica constipada porque perdeu seus pontos de referência. Ela precisa saber onde está em relação à sua "toca" e assim ela não gosta de viajar.

Generosidade e Necessidade de Justiça

Essa pessoa é muito generosa e não apenas por razões egoístas. De fato, desde que o pequeno mundo em torno dela esteja feliz, ela estará feliz. Ela tem grande aversão à injustiça e pode gastar enorme quantidade de energia em sua cruzada para ajudar os outros a terem o que lhes é devido.

DOR LOMBAR EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Esteja atento a essas dores em crianças e adolescentes. A menos que sejam resultantes de trauma, que afeta diretamente os sistemas osteoarticular e miofascial, eles geralmente não têm origem em problemas osteoarticulares.

Quando receber uma criança ou adolescente para tratamento de trauma, sempre meça a pressão sanguínea nos dois braços e pergunte sobre a cor da urina. Se não forem capazes de responder, peça aos pais que os acompanhe até o banheiro para verificar a cor. Se houver sangue na urina, o rim fora afetado, isto é, existem micro-fraturas no rim, e a pessoa precisará passar

por exame médico mais extenso.

A diferença de pressão sanguínea nos dois braços também aponta para trauma renal.

Conselho final: Verifique atrofia muscular. Se presente, não execute nenhuma manipulação antes da pessoa passar por raio-x. Pacientes com atrofia muscular não aparecerão com frequência em seu consultório (vi apenas três casos em 30 anos de prática), mas as patologias associadas são sérias.

Recomendações

O tratamento do colo, particularmente de suas flexuras, afetará obviamente o fígado, estômago, e diafragma. Problemas no colo ascendente e/ou descendente devem levá-lo a procurar cuidadosamente por possíveis relações com os rins. O ceco está ligado ao ovário direito e membro inferior direito. O retossigmóide tem inserções com o útero e cérvix em mulheres, ou próstata em homens. Considere a influência da circulação no membro inferior esquerdo.

Ao tratar dos intestinos, sempre libere os músculos grandes (ex., psoas, obturador interno) que se inserem no abdome. Ao estirá-los, geralmente liberará zonas profundas de aderências.

Devo enfatizar novamente a frequência de cânceres retossigmoidais. Os osteopatas podem desempenhar um papel importante no diagnóstico desses tumores porque as manipulações sacrococcigeanas e urogenitais envolvem palpações retais frequentes. Você deve ser capaz de reconhecer anomalias, e seguir sintomas de "alertas vermelhos" apropriadamente como dor abdominal com modificação das fezes ou padrões de defecação, vestígios de sangue nas fezes, perda de peso, ou massa inerte ou endurecida percebida no exame retal.

O intestino é o órgão que reflete mais claramente as tensões psicológicas do paciente. Ele contém 100 milhões de neurô-

CAPÍTULO 8 / O JEJUNOÍLEO E O COLO

Nios que confere a ele enorme sensibilidade. É realmente um órgão feito para somatização. Seus frequentes espasmos restringem as vértebras lombares; no entanto, essas não devem ser manipuladas em função do risco de se agravar os problemas. Por exemplo, se exis-

tem restrições na musculatura paravertebral lombar devido a problemas do colo e manipularmos as vértebras lombares diretamente, removeremos a compensação criada pelo corpo. Isso pode resultar no aparecimento de sintomas mais severos, como dor ciática

CAPÍTULO 9

Os Rins

■ CONTEÚDO DO CAPÍTULO

Fisiologia e Anatomia	175
Patologia	177
Ptose Renal.....	177
Causas e relacionamentos	177
Grau da ptose.....	179
Gravidez e parto.....	180
Rim direito vs. esquerdo.....	180
Sintomas	181
Outros Distúrbios.....	182
Insuficiência renal.....	182
Glomerulonefrite	183
Pielonefrite crônica	184
Cálculos nos rins.....	184
Dor na Parte Baixa das Costas.....	184
Dor na Parte Baixa das Costas em Crianças e Adolescentes.....	185
Patologias e Sintomas Associados.....	185
Diagnóstico	186
Palpação.....	186
Ausculta.....	187
Diagnóstico Diferencial.....	187

Manipulação Diagnóstica	188
Restrições Esqueléticas Associadas	189
Pressão Sanguínea	189
Sintomas Digestivos	190
Tratamento	190
Rebote	190
Técnica Direta Combinada	191
Técnica de Liberação Geral	191
Abordagem Posterior	192
Tratamento Viscoelástico dos Rins	192
Primeira técnica	192
Segunda técnica	193
Interação Entre os Rins	196
Cálculo Ureteral	196
Estratégia de Tratamento	197
Relações Emocionais dos Rins	197
Rim esquerdo	197
Vínculo genético	197
Transmissão de vida	197
Sexualidade	197
Energia profunda	198
Violência	198
Dominância	198
Rim direito	198
Apoiando um fígado enfraquecido	198
Falta de identidade pessoal	198
Conflito com a mãe	198
Medo	198
Recomendações	199
Conselhos ao Paciente	199
Observações Finais	199

9 / Os Rins

OS RINS TÊM importância particular na Manipulação Visceral. Distúrbios renais têm, tipicamente, vastas repercussões. Sendo retroperineais, esses órgãos são de difícil acesso; seu tratamento requer, portanto, alto nível de habilidade. Digo a meus estudantes, “Antes de trabalhar nos rins, é melhor que esteja *realmente* pronto para trabalhar neles”.

Numa pessoa saudável, os rins são muito difíceis de serem sentidos e diferenciados das estruturas vizinhas. Com a prática, aprende-se a reconhecer seu aspecto anterior liso. Os estudantes de osteopatia frequentemente acham que estão palpando o rim quando na verdade estão ao nível do duodeno onde, ao empurrarem contra a massa de vísceras e conexões peritoneais, criam elas próprias um “rim”. Felizmente, um rim que requer tratamento é comparativamente fácil de palpar porque geralmente deslizam antero-inferiormente. A manipulação do rim, no entanto, demanda grande precisão manual.

Fisiologia e Anatomia

Não existem conexões fixas do rim para mantê-lo no lugar (*Manipulação Visceral I*, pag. 140); ele depende de maneira única de seu ambiente. A artéria e veia renal não ser-

vem como conexão em função de sua flexibilidade, e ângulo que fazem com a veia cava inferior e aorta abdominal. Os rins direito e esquerdo são apoiados até certo ponto pela atração diafragmática, que os comprime superiormente contra o fígado e o colo, respectivamente (*Ilustração 9-1*). O rim direito está um tanto fixado pela flexura hepática, e o rim esquerdo um tanto maior pela flexura esplênica. A relação rim/colo tem significado patológico, como veremos abaixo.

As bordas mediais dos rins estão separadas por 10 a 12cm ao fundo e 6 a 7cm no topo, fazendo com que seu eixo oblíquo seja direcionado para baixo e lateralmente. O rim direito está 3,5cm e o esquerdo 5cm distante da crista ilíaca em cada lado. As fâscias renais direita e esquerda estão conectadas, gerando um mecanismo de compartilhamento de patologias mecânicas (*Ilustração 9-2*).

A fâscia de cada rim está dividida em uma lâmina ou camada anterior e outra posterior, ou camada (*Manipulação Visceral I*, pag. 138). Uma vez que essas duas lâminas não são contínuas no pólo inferior do rim (*Ilustração 9-3*), existe uma rota potencial para que o rim deslize para baixo. A lâmina anterior está reforçada pela fâscia de Toldt onde há contato com o colo. As duas lâminas (que

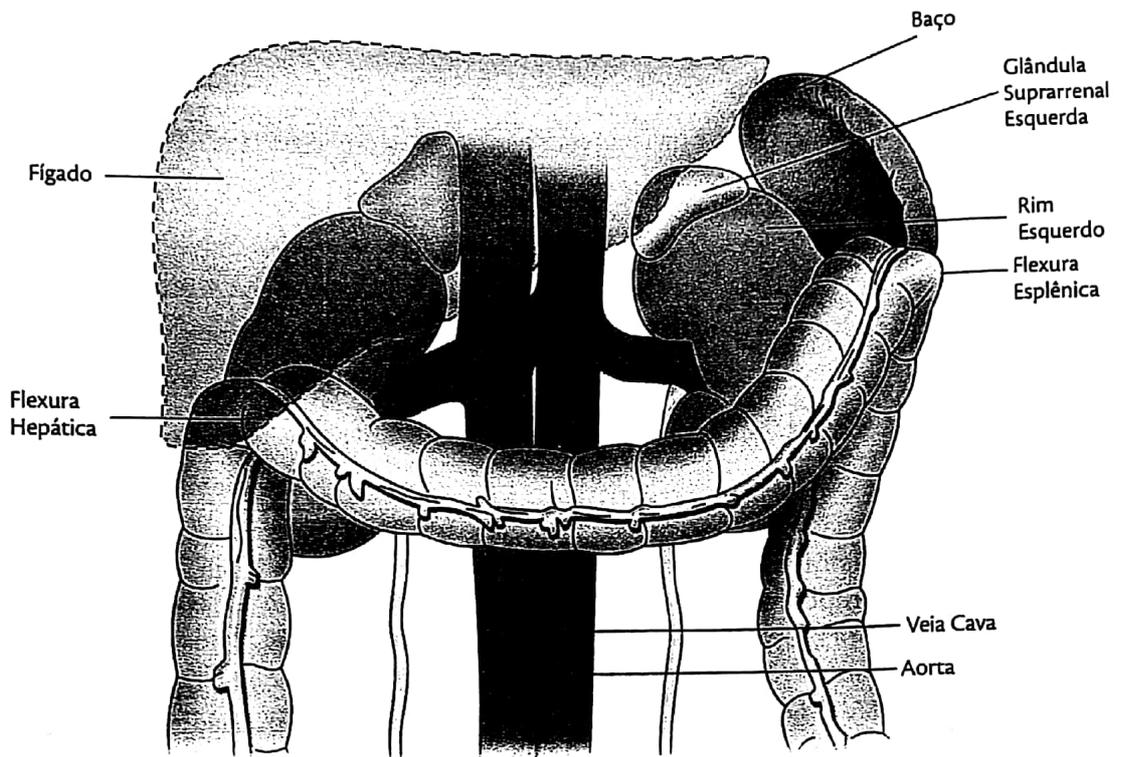


ILUSTRAÇÃO 9-1

Relacionamento entre os Rins e o Colo

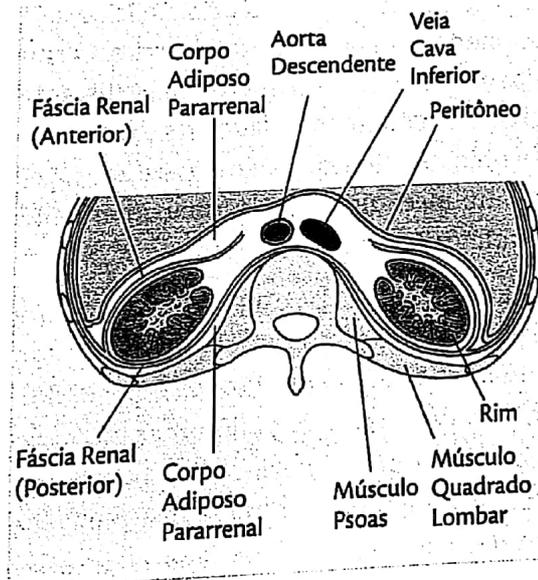


ILUSTRAÇÃO 9-2

Relações dos Rins (Corte Transverso)

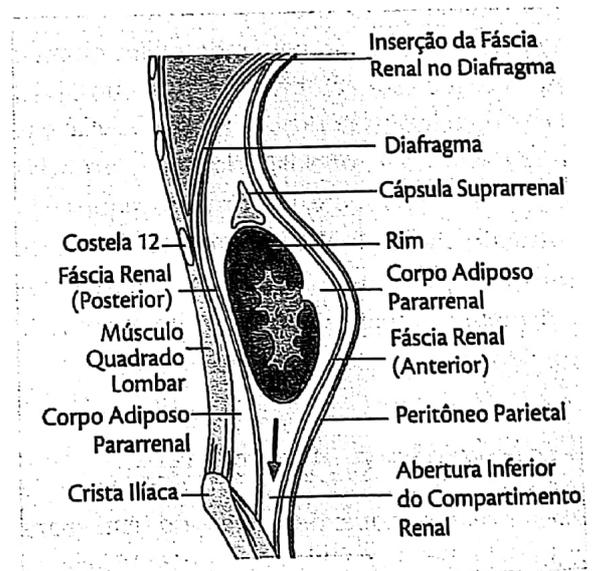


ILUSTRAÇÃO 9-3

Rim: Corte Sagital (segundo Testut)

se fundem acima da glândula adrenal) se unem à superfície inferior do diafragma próximo ao hiato. Entre a 11ª e a 12ª costela, os rins estão em contato direto com a barreira pleural. Lembre-se que 12ª costela, dependendo de seu comprimento, tem um terço lateral extrapleural.

Entre a lâmina posterior e a aponeurose do músculo quadrado lombar são encontrados os nervos décimo segundo intercostal, ilioipogástrico, ilioinguinal, femoral lateral cutâneo, genitofemoral, e (mais abaixo), femoral. A distribuição e funções desses nervos são significantes no diagnóstico das restrições renais.

Poucas pessoas sabem da magnitude da atividade metabólica renal:

- cada rim contém cerca de um milhão de unidades funcionais chamadas néfrons
- cerca de 1700 litros de sangue (20 a 25% da vazão cardíaca) são enviados aos rins através da artéria renal a cada 24 horas
- desses, 170 litros de filtrado (isento de células e proteínas) entram no parênquima renal
- disso, 99% é reabsorvido na corrente sanguínea, e os restantes 1 a 2 litros são eliminados do corpo como urina.

Patologia

PTOSE RENAL

A patologia mecânica primária dos rins é a ptose (ou prolapso). Essa condição é particularmente frequente em mulheres. O compartimento renal feminino não é tão fundo e assim existe mais mobilidade do rim na inalação. Nossa estimativa é que 25% das mulheres acima dos 50 anos tenham ptose renal, geralmente à direita. Paradoxalmente, alguns rins que desceram ao nível da pelve apresentam menos sintomas que

rins que sofreram ptose menos drástica. Esse fenômeno é comparável à subluxação de um osso; a maioria das conexões se partiu e portanto pouca informação pode ser transmitida e se manifestar sintomaticamente.

Causas e relações

A ptose, ou rim fixo que perdeu sua mobilidade e motilidade, é mais comumente encontrada à direita. O ceco e colo ascendente são frequentemente fatores causais. Após apendicectomia, cirurgia muito comum, o ceco (que normalmente é razoavelmente móvel) se adere ao peritônio parietal lateralmente e posteriormente. A junção ileocecal, que às vezes perde seu eixo, fica também restrita. O colo ascendente perde sua mobilidade longitudinal, e a tensão aumenta ao longo do eixo. Imobilizado em sua terminação inferior, o colo ascendente traciona sua terminação superior, puxando a flexura hepática para baixo. Como observado acima, a lâmina anterior da fâscia renal está intimamente relacionada à fâscia de Toldt, e o rim direito dessa forma, também é puxado para baixo. Inicialmente, ele perde apenas parte da mobilidade e motilidade. No entanto, se a condição continuar sem tratamento por vários anos, uma ptose significativa será inevitável.

Para ilustrar a interdependência do rim e do ceco, pegue o exemplo de ileíte crônica. A inflamação da região ileocecal pode causar hidronefrose (acúmulo anormal de urina) na pelve renal direita, com lesão do ureter direito. Em menor grau, irritações menos importantes do ceco podem afetar o rim e tecidos vizinhos.

O rim direito está em contato com a superfície inferior do fígado, onde deixa uma impressão. O fígado, para apoio e mobilidade, depende da atração diafragmática que, por sua vez, necessita de elasticidade pleural adequada. Em vários distúrbios pulmonares,

as propriedades elásticas do pulmão e pleura reduzem, o diafragma perde seu tônus normal, o fígado aumenta de volume, e a força da pressão intracavitária (*Manipulação Visceral I*, pag. 15) se reduz. O rim é, assim, empurrado por cima pelo fígado e puxado por baixo pelo ceco.

O útero feminino é frequentemente retrovertido, e o cérvix encontrado pósteroinferiormente. As conseqüências de uma histerectomia são similares porém mais dramáticas: o intestino delgado e parte do colo (pelo menos o ceco) se movem para baixo para tomarem o lugar do útero. Ambas as condições permitem que a massa dos intestinos e omentos migrem para baixo. Isso não apenas leva a uma atração direta dos rins para baixo, mas, uma vez que o omento maior está conectado ao mesocolo transversal que está conectado, por sua vez, à flexura hepática, existe uma pressão imposta ao fígado que poderá ser transmitida aos rins. Esse é o caso de ptose renal de origem colônica.

O rim esquerdo, conectado ao direito pela fâscia renal, depende dela. No entanto, ele não prolapsa tão facilmente. Ele primeiro perde a motilidade, então parte da mobilidade, ao longo de vários anos. Ele pode deslizar para baixo, mas geralmente não muito. A menor incidência de ptose renal esquerda pode também ser atribuída à presença do baço, que é menor e portanto menos provável de pesar no rim que o fígado. Além disso, cicatrizações e outras restrições do colo descendente são raras. Ao mesmo tempo, o rim esquerdo é um dos órgãos mais frequentemente afetados por traumas da caixa torácica. Isso se deve provavelmente ao fato de as forças de colisão serem transmitidas através do grande eixo cardíaco. É interessante notar que restrições do rim esquerdo que não parecem particularmente impressionantes são menos toleradas que restrições do rim direito semelhantes.

Outras causas potenciais de ptose incluem:

- perda rápida de peso (isto é, perda de tecido adiposo pararenal)
- depressão nervosa e outros fatores que afetam o tônus básico (enfermidades, medicamentos, etc.)
- vida sedentária ou condições adversas de trabalho (ex., sentado ou de pé o dia inteiro)
- tempo excessivo em viagens (ex., em aviões ou carros)
- intervenção cirúrgica, que resulta em atonia abdominal e cicatrização
- infecções urinárias e cálculos nos rins, que podem produzir ptose por mecanismo reflexo
- colite, em função dos espasmos intestinais associados, pode perturbar a mobilidade e motilidade renais; essa é frequentemente a causa de fracasso inesperados no tratamento
- dispositivos intrauterinos afetam principalmente a motilidade renal esquerda (observação clínica sem mecanismo proposto)
- trauma (ex., tosse crônica, vibrações fortes)
- certos fatores congênitos envolvendo a forma do compartimento renal ou relações anatômicas desfavoráveis (ex., fígado aumentado)
- traumas diretos, particularmente quedas sobre o cóccix ou costelas.

Existe uma forte relação clínica entre o cóccix e os rins, embora não tenhamos teorias satisfatórias sobre os mecanismos envolvidos. A recíproca também é observada: manipulação renal, particularmente à esquerda, pode liberar restrições do cóccix. Independente da etiologia da ptose renal ou mesmo qual o rim envolvido, sempre trate de restrições das costelas antes de tentar a mobilização dos rins.

Antes de mover-se para baixo, o rim ficará restrito e perderá sua motilidade e

mobilidade, enquanto suas relações anatômicas normais continuam existindo. Isso é mais comumente devido a problemas intestinais, e o paciente terá uma sensação de peso no abdome, que irá atribuir a problemas digestivos.

Graus de ptose

A ptose renal pode ser classificada em três graus de gravidade. Esses graus correspondem ao curso anatômico real do rim (*Ilustração 9-4*).

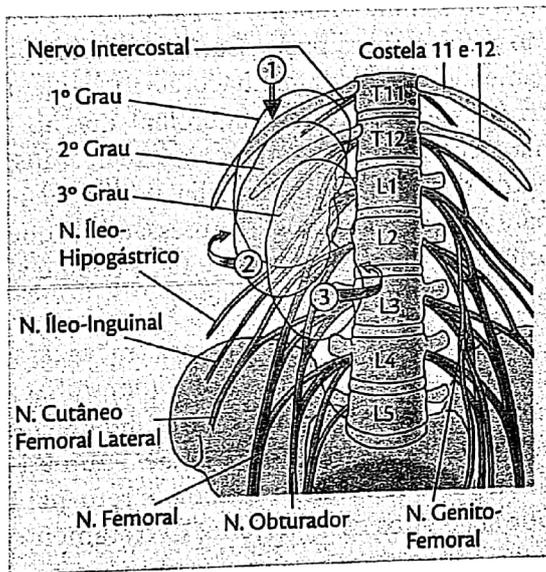


ILUSTRAÇÃO 9-4

Ptose Renal: Três Graus

Primeiro Grau: O rim, sob várias influências mecânicas, começa uma pequena migração para baixo. Nesse ponto, ela deve ser considerada uma restrição, uma vez que o rim mais perdeu mobilidade que se moveu. Nesse processo ele irrita o décimo segundo nervo intercostal que se encontra entre o corpo pararenal (a camada de tecido adiposo que envolve parcialmente o rim), a aponeurose do quadrado lombar, e a lâmina posterior. O paciente sente desconforto subcostal e, durante a consulta, frequentemente põe as mãos nas costelas inferiores tanto para explicar o problema como para obter alívio. Algumas

vezes há uma dor aguda nas costelas inferiores, irradiando em direção ao umbigo. O paciente não pode respirar profundamente, e tosse e espirros são muito desconfortáveis. O paciente poderá se consultar após raio-x pulmonar, sendo os sintomas atribuídos erroneamente a problemas pleurais. O hemidiafragma sobre o rim está espástico e menos móvel, como demonstrado pela diminuição da expansão torácica e profundidade da respiração desse lado.

Segundo grau: O rim continua sua migração ao longo do "trilho" do psoas. Sua borda inferior se torna mais anterior e sua rotação externa está mais óbvia. Ela começa a irritar os nervos ilioinguinal e ilioipogástrico e (mais raramente) o nervo lateral femoral cutâneo, todos estes que passam próximo ao corpo pararenal. Os nervos cruzam o lado posterior do compartimento renal, indo obliquamente para baixo e lateralmente. Considerando a distribuição de nervos nessa área, o rim em migração pode também irritar os nervos femoral e obturador. O paciente se queixa de hipersensibilidade cutânea ou dor abdominal inferior, que pode irradiar-se em direção aos grandes lábios ou escroto ipsilateral, ou mesmo a lateral das coxas se o nervo cutâneo femoral lateral for afetado. A hiperestesia pode mais tarde dar lugar à dormência. Os resultados de exames médicos convencionais são tipicamente negativos, e o paciente pode ser rotulado como hipocondríaco. Na pielografia intravenosa (IVP), pode-se detectar a rotação externa do rim pois a artéria e veia renais estão mais visíveis. Tensão nesses vasos por essa rotação externa, deve em minha opinião, criar espasmos vasculares. A rotação externa pode também estressar e torcer o ureter, frequentemente manifestando como tensão abdominal que aparece 15 minutos após beer. Acreditamos ser este também um fator no desenvolvimento de cálculos nos rins.

Terceiro grau: o rim se torna "subluxado" e perde toda a contiguidade com

o fígado e o diafragma. Ele começa a irritar o nervo femoral. O paciente experimenta hipersensibilidade na coxa ipsilateral, acompanhado de dor por inflamação da cápsula do joelho; ele pode queixar-se de dor no joelho sem histórico de trauma do mesmo. A dor capsular interna aumenta quando o joelho é dobrado, de modo que ajoelhar ou ficar de cócoras é mal tolerada. Raio-x do joelho não revela nada e pode haver diagnóstico errôneo de artrite.

A dor no joelho leva a um espasmo no psoas que tende a levar a parte inferior da perna a uma rotação externa com alteração no seu eixo. Dor articular aparecendo no tornozelo e pé se tornam mecânicas por natureza, embora de origem visceral. Inicialmente, as articulações dos pés compensam o desequilíbrio mecânico e o paciente pode sofrer entorses repetidos. Quando a compensação pelo pé se exaure, o joelho é forçado a substituí-lo, causando entorses no joelho, que são muito mais debilitantes (é menos comum uma recuperação completa de uma entorse de joelho). Pode-se também cruzar com pacientes com dores que irradiam para a articulação do quadril.

Na ptose de terceiro grau, o pólo inferior se encontra muito baixo e anterior ("rim pélvico") mas o rim está em rotação interna porque não se encontra sob influência do psoas. Essa rotação interna é mais bem tolerada que a externa, pois não estressa tanto os grandes vasos e o ureter. Espasmos vasculares, quando presentes, são geralmente menos sérios. Como observado acima, o terceiro grau apresenta menos sintomas que o primeiro ou segundo, e a motilidade pode apresentar-se essencialmente normal, mas pode tornar a pessoa mais suscetível a infecções urinárias e problemas intestinais.

Gravidez e parto

À medida que o feto se desenvolve numa mulher grávida, ele começa a pressionar o rim. Essa compressão, em conjunto com

os movimentos do bebê próximo ao parto enquanto tenta se posicionar com a cabeça para baixo, leva a dores na parte inferior das costas. Dor inferior nas costas no começo da gravidez é mais provável de se dever a tensões mecânicas puxando o cérvix ou útero.

Durante o nascimento, o volume da cavidade abdominopelviana se reduz um tanto bruscamente. As condições e elasticidade de músculos e ligamentos são, além disso, alteradas pelo efeito de vários hormônios. Se o parto for muito rápido, acompanhadas por técnicas obstétricas truculentas fora de sincronia com o trabalho de parto, os órgãos são puxados para baixo. Certas conexões ligamentosas, sob tamanha pressão, podem até romper-se. Pressão abdominal, que normalmente ajuda a manter a posição dos rins, entra em colapso e contribui ainda mais para a ptose renal. Nossa impressão é de que um parto muito apressado é tão prejudicial quanto um trabalho prolongado.

Quando os rins de jovens mães são testados, é preocupante notar (como fizemos) a falta sistemática de motilidade até seis meses após o parto. Em mães submetidas a parto natural, a motilidade retornará por si só após esse período. O tratamento osteopático pode acelerar esse processo e pode ser necessário para mães que tiveram dificuldades durante o trabalho de parto. A diminuição da motilidade renal está relacionada a perda de energia, perda de libido, e depressão frequentemente vistas em mães recém paridas.

Rim direito vs. esquerdo

Os sintomas clínicos diferem dependendo de qual rim está envolvido. O rim direito pode ser chamado "rim digestivo". No começo, sua migração se deve a efeitos do fígado e colo ascendente. A ptose aumenta os problemas intestinais em função dos espasmos reflexos e irritações mecânicas diretas que cria. o paciente se queixa de dor cecal semelhante à de apendicite.

O rim esquerdo pode ser chamado "rim reprodutivo". Suas restrições e ptoses afetam pouco o sistema digestivo comparativamente, exceto por um espasmo da flexura duodeno-jejunal, que o paciente percebe como dor de estômago. No entanto, pode produzir irritação dos órgãos reprodutores como ovário esquerdo ou cordão espermático esquerdo. Clinicamente, temos observado uma associação entre disfunções sexuais e o rim esquerdo. Isto é, problemas do rim esquerdo afetam funções sexuais, e problemas sexuais (de vários tipos) afetam adversamente funções do rim esquerdo. A relação urogenital ainda é obscura, mas pode envolver o desenvolvimento embriológico, o sistema circulatório, e o sistema nervoso. Especificamente, uma diminuição na motilidade do rim esquerdo é frequentemente encontrada em pacientes com disfunções sexuais. O funcionamento do rim esquerdo tem também um componente emocional significativo. Sempre que há um choque emocional ou psicológico muito forte, a motilidade do rim esquerdo diminui.

Problemas renais podem estar associados a problemas venosos do testículo esquerdo ou grande lábio esquerdo. A veia ovariana esquerda (ou testicular) se abre dentro da veia renal esquerda, onde sua correspondente à direita se abre diretamente dentro da veia cava inferior. Uma ptose renal do lado esquerdo (mas não do direito) pode portanto posicionar essa veia em um ângulo anormal com a veia renal, levando a restrição do retorno venoso acompanhado de problemas funcionais. Por exemplo, temos observado que é mais comum para o cérvix estar restrito à esquerda, e acreditamos ser devido à assimetria venosa. Outros problemas relacionados (ex., desconforto e dor localizada) aumentam em mulheres durante o período pré-menstrual, e em homens após atividade sexual ou defecação.

Temos tratado vários casos de veias varicosas testiculares do lado esquerdo onde o simples ato de mobilizar o rim para cima

reduziu a congestão e descoloração imediatamente (embora temporariamente). Quando as varicosidades não são tão severas, a manipulação pode ter efeito curativo. Similarmente, existem fenômenos de refluxo envolvendo movimentação de sangue entre a veia ovariana (ou testicular) e a veia renal esquerda, devido a mudanças na pressão venosa nessa área durante a atividade sexual. Esses não são causados por problemas na mecânica renal, mas os sintomas são similares.

Sintomas

A ptose renal pode apresentar-se com uma variedade de sinais e sintomas. Alguns não são específicos. Por exemplo, o paciente tem dificuldade de manter os braços para cima por mais que um breve período em função do estiramento do sistema fascial, que afeta os rins. Como sempre, seja observador. A posição característica do paciente é curvado à frente segurando o estômago ou as costelas inferiores. Quando tosse ou espirra, ele flexiona a coxa ipsilateral para compensar o aumento de pressão.

Quando o rim se move para baixo, trás junto apenas a parte proximal do ureter (que desponta da borda medial do rim). O resto do ureter se mantém fixado ao peritônio parietal por tecido fibroso. A curva que assim se forma influencia a excreção urinária e dinâmica dos fluidos. Essa resistência ao fluxo pode favorecer o aparecimento de cálculos nos rins. Nessa situação, a tensão longitudinal do ureter se reduz, comprometendo o tônus de sua musculatura lisa. Ainda, a tração exercida no peritônio pelo rim em ptose contribui na produção de espasmos do intestino. Esse tônus intestinal anormalmente aumentado pode comprimir o ureter e também reverter o fluxo urinário. Em alguns casos, resultará em dor na parte inferior das costas.

Muitos outros sinais já foram citados, mas gostaria de resumir aqui alguns escolhidos, e acrescentar alguns outros:

- sensação de desconforto e peso no abdome inferior, geralmente agravado pela inalação ou outros esforços abdominais
- a fase intestinal da digestão é laboriosa e prolongada devido a espasmos causados pelo rim, gerando uma sensação leve de enjôo que se agrava com alimentos que demandam particularmente os intestinos (repolho, pepino, comidas gordurosas, etc.)
- desconforto abdominal profundo cerca de 15 minutos após ingestão de líquidos, particularmente se o paciente bebe em excesso e muito rapidamente
- cintos estreitos (que agravam as restrições mecânicas) não são bem tolerados, de modo que o paciente pode seletivamente preferir cintos largos, especialmente em ptose de segundo grau
- acentuação dos problemas ao final do dia ou após trabalho prolongado
- dor na parte inferior das costas seguida de um padrão característico: é sentida ao acordar e melhora 10 a 30 minutos após ficar de pé. Ao final da tarde a dor retorna e progride até que se torne difícil de tolerar à noite. Num prazo de 10 minutos após ir para a cama, a dor desaparece. A dor nas costas matinal pode ser explicada pela congestão renal durante a noite. Durante o dia, o rim executa muitos movimentos, o que auxilia na função de eliminação. No entanto, durante a noite, ele somente é afetado por pequenos movimentos diafragmáticos.
- leve desconforto na coxa e joelho (mais uma hipersensibilidade ou dormência que propriamente dor), que aumenta durante o dia
- dor ciática originária de contrações crônicas da musculatura lombar, em combinação com outros fatores. Dor ciática secundária a problemas renais é mais rara

do lado esquerdo que do lado direito e também mais difícil de tratar. O teste de Lasègue pode ser usado para confirmar envolvimento do rim.

- a pressão arterial sistólica é geralmente menor no lado do rim em ptose, mesmo se o paciente for hipertenso. Quando encontrar uma pressão sistólica elevada num paciente hipertenso, a liberação do rim pode algumas vezes diminuir essa pressão.

OUTRAS DISFUNÇÕES

Embora a ptose seja comum e mereça atenção, devemos lembrar que existem muitas outras doenças dos rins. Nessa seção, descreverei brevemente alguns distúrbios renais menos comuns que apresentam uma variedade de sintomas e etiologias.

Insuficiência renal

Aguda: Insuficiência renal aguda se aplica a casos de redução marcante do fluxo urinário secundária a lesão do parênquima renal. O fluxo de sangue renal pode cair para até metade de seu valor normal. As causas possíveis incluem:

- necrose tubular após um trauma ou enfermidade grave, em associação com choque ou vasoconstrição renal intensa, tudo isso levando à diminuição da perfusão renal
- hemólise e hipotensão após intervenção cirúrgica
- lesão com dano muscular severo levando a grande liberação de mioglobina (que é nefrotóxica), mais vasoconstrição e choque
- parto
- formação de cilindros que bloqueiam os lúmens tubulares

Os sintomas clínicos incluem anúria (ausência de urina) ou oligúria (pouca urina),

urina escura ou com sangue, náusea, sonolência prolongada, fraqueza muscular, sede, complicações cardiovasculares ou pulmonares, septicemia (geralmente por *Estafilococos*), anemia, e convulsão.

O diagnóstico diferencial deve considerar obstrução do ureter ou bexiga (que também pode impedir a formação de urina), crescimentos malignos, e fibrose idiopática em torno dos ureteres.

Crônica: Essa enfermidade envolve uma redução do tecido funcional renal. Há uma diminuição dos néfrons ativos, e esses tendem a hipertrofiarem. Os sintomas incluem aumento na excreção de uréia e poliúria inicial (produção excessiva de urina), que diminui gradualmente à medida que a insuficiência renal se instala. O paciente bebe mais água e urina mais para conseguir eliminar as quantidades normais de soluto, resultando em poliúria, polidipsia (sede excessiva), e noctúria (urinação excessiva à noite). Esse último fenômeno provoca sensações de sede intensa ou fome antes ou logo ao acordar, o que pode então se tornar náusea e vômito. Para evitar isso, aconselhe o paciente a beber após a urinação noturna.

Em função da excreção urinária, vômito, e diarreia, o paciente tende a perder sódio, resultando em sinais como boca seca, perda do tônus normal da pele, exaustão, náusea, desmaios, câimbras, fibrilação muscular, e ocasionalmente, convulsões.

Outros sintomas clínicos de insuficiência renal crônica estão listados abaixo:

- fraqueza, exaustão, insônia, dispneia, anorexia, dor de cabeça
- náusea persistente, gosto ruim na boca, palidez, sonolência, soluços
- coceira nos membros, retinopatia
- hipertensão, edema pulmonar
- sintomas digestivos (inflamação da glândula parótida, úlceras da mucosa-

bucal devido à presença de uréia na saliva, acidose, desidratação)

- sinais neuromusculares (câimbras musculares noturnas devido à falta de cálcio)
- sinais hematológicos (anemia resultante de hemólise e funcionamento reduzido da medula óssea)
- sinais cutâneos (pele cor oliva devido ao acúmulo de pigmentos similares ao caroteno, pele seca, depósitos de cálcio, coceira)
- complicações infecciosas.

Glomerulonefrite

Aguda: Glomerulonefrite é uma inflamação dos rins onde os glomérulos são primariamente afetados. A forma aguda se segue a uma infecção por estreptococos do grupo A beta-hemolítico e geralmente se manifesta na forma de faringite aguda. Ela também pode seguir-se a outras infecções bacterianas, virais, ou parasitárias como endocardite bacteriana, sepsis, hepatite, febre tifóide, caxumba, sarampo, ou mononucleose. Nesse último caso, o problema é geralmente mais leve que na variedade pós estreptococos. Nesse distúrbio, os rins terão tamanho normal ou aumentado, sua superfície estará pontilhada com pequenas hemorragias, e a pirâmide renal estará congestionada. Após o restabelecimento, os rins poderão estar fibrosados e atrofiados. Sintomas clínicos incluem:

- garganta irritada
- febre
- mal estar inicial seguido por fadiga generalizada e anorexia
- urina escassa e escura
- inchaço nos tornozelos e pálpebras
- dispneia, dor abdominal, náusea
- hipertensão, dor de cabeça, possíveis convulsões.

Crônica: A glomerulonefrite crônica é, na verdade, uma coleção de distúrbios que afetam os capilares glomerulares e provocam modificações cicatriciais. Essa doença é mais frequente em homens abaixo dos 40 anos, e se segue a glomerulonefrite aguda ou simples infecção latente. Pode estar presente sem sintomas por até 10 anos. Os sintomas possíveis incluem fadiga generalizada, anemia, dispneia, hipertensão, oligúria, presença de proteínas e células vermelhas do sangue na urina, rins de tamanho normal, insuficiência renal, e edema pulmonar. Na estenose arterial renal, o rim está menor que o normal; na trombose arterial renal, está maior que o normal.

Pielonefrite crônica

A forma crônica da nefrite, afetando primariamente o tecido intersticial, parece resultar de infecções bacterianas recorrentes. Enquanto alguns pacientes têm anomalias anatômicas do trato urinário (ex., obstrução, ou refluxo da bexiga para dentro dos ureteres), o trato urinário geralmente aparenta normal. A urina na bexiga é geralmente estéril, mas caso contrário, as bactérias são capazes de viajar da bexiga para o rim através da coluna de urina que conecta esses dois órgãos.

Esse distúrbio se origina da pielite (inflamação da pelve renal) em crianças, infecção urinária durante a gravidez, ou, mais raramente, uma forma aguda de pielonefrite. Pode progredir muito lentamente. Os sintomas, que são muito variáveis e às vezes ausentes, incluem episódios de febre inexplicável acompanhados de dor inferior nas costas, urina turva, fadiga generalizada e apatia, anorexia, e hipertensão. Os rins estão geralmente fibrosados e de tamanhos diferentes.

Cálculos nos rins

Cálculos nos rins (ou litíase renal) se

manifesta por ataques de extrema dor que se origina no flanco ou costas e irradia-se para o abdome inferior, órgãos genitais, e/ou coxas mediais. Às vezes a dor se assemelha a cólica biliar, apendicite, úlcera gastroduodenal, ou dor lombar inferior. Desidratação crônica e vida sedentária são causas frequentes. Hiperparatireoidismo, ingestão excessiva de leite ou vitamina D, ou dieta altamente alcalina (tudo tendendo a produzir hipercalcúria, ou cálcio excessivo na urina) também podem estar envolvidos. Sintomas menos comuns são dor ao urinar, e presença de sangue ou albumina na urina.

DOR LOMBAR INFERIOR

Esse é certamente o sintoma mais comum presente em nossa prática. Quanto mais pacientes tratamos, mais concluímos que dor lombar inferior esconde uma multitude de disfunções. Vimos pelo menos vinte casos de dor lombar inferior devido a problemas renais em pessoas jovens. Num caso típico, o paciente queixou-se primeiro de garganta irritada que se resolveu com antibióticos comuns. Várias semanas depois, a dor lombar inferior apareceu, junto com dor nos membros inferiores (particularmente os joelhos). Tomografia, IVP, e exames bioquímicos resultaram negativos. O paciente estava exausto e a pressão arterial levemente aumentada. O exame mostrou que os rins haviam perdido a motilidade. A manipulação da coluna lombar não produziu resultados, mas o problema se resolveu após Manipulação Visceral.

Para esses casos, a manipulação da coluna não é somente inútil, mas pode exacerbar o problema ao irritar ainda mais as estruturas afetadas. A indução dos rins e fígado são, às vezes, úteis (frequentemente encaminhamos esses pacientes a um homeopata ou acupunturista). Como dito, a pielonefrite e glomerulonefrite podem evoluir muito gradualmente num longo período, sem apresentar sintomas por vários anos.

Em mulheres que procuram tratamento para dor lombar inferior, o problema real algumas vezes acaba sendo refluxo da bexiga para os ureteres. Deve-se ainda, sempre procurar por atrofia muscular em pacientes com dor lombar inferior. Se presente, não execute nenhuma manipulação antes da pessoa se submeter a exames por imagem. É raro de se ver pacientes com atrofia muscular (vi três casos em 30 anos de prática), mas as patologias associadas são sérias.

Dor lombar em crianças e adolescentes

Esteja atento a esses problemas em crianças e adolescentes. Eles geralmente não se devem a problemas osteoarticulares, a menos que haja histórico claro de trauma afetando o sistema musculoesquelético, mas são geralmente reflexos de problemas viscerais. Se a criança sofre de fadiga crônica, apatia, se exaure facilmente, ou tem desenvolvimento retardado, o problema pode ser pielonefrite crônica.

Quando receber uma criança ou adolescente para tratamento de trauma, sempre meça a pressão sanguínea nos dois braços (pressão sanguínea desigual) e pergunte sobre a cor da urina. Uma diferença na pressão sanguínea entre os braços, ou sangue na urina, pode indicar trauma renal. Sempre que houver alguma dúvida, é prudente encaminhar essas crianças a um médico para exame mais extenso.

PATOLOGIAS ASSOCIADAS E SINTOMAS

Além dos distúrbios renais primários discutidos acima, gostaria de mencionar algumas considerações patológicas relacionadas, e fornecer uma visão geral dos sintomas que são de interesse no contexto das manipulações viscerais.

Anomalias da pelve renal em um rim com mobilidade excessiva provoca hidronefrose em função de uma obstrução parcial

(e às vezes intermitente) do ureter. Assim, a ptose de um rim móvel inevitavelmente acarreta problemas de circulação urinária. A dor da hidronefrose se agrava pelo exercício e aumento na ingestão de fluidos, e se alivia na posição supina. Interessantemente, o mesmo se verifica para uma ptose.

Entre os sintomas de um rim policístico está dor abdominal posteroinferior, causada pelo peso do rim puxando suas conexões vasculares e nervosas e estruturas adjacentes. A dor aumenta com exercício e diminui no repouso. De novo, esses sinais nos lembram da ptose. Não hesite em enviar seu paciente para consulta externa se não estiver totalmente confiante no seu diagnóstico.

A seguir, alguns sintomas comuns que frequentemente refletem disfunções renais menores que respondem bem à Manipulação Visceral. Sempre verifique a mobilidade e motilidade se houver algum desses sinais presentes:

- sede intensa de manhã cedo ou tarde da noite, às vezes suficiente para acordar o paciente
- fome ao levantar-se, às vezes cedendo lugar para náusea e mal estar
- dor lombar inferior ao acordar, melhorando logo após ficar de pé
- reflexos exagerados, fraqueza muscular, tetania intermitente
- urina escura ou turva
- coceira intensa, particularmente nos membros inferiores
- gengivite, úlcera aftosa crônica, infecções menores da cavidade oral
- fadiga e letargia
- indigestão com trânsito lento
- variação da pressão sanguínea
- desconforto abdominal e na parte inferior das costas durante o dia
- pele escamosa e desidratada

Diagnóstico

Como de costume, uma simples observação pode fornecer pistas significativas para o diagnóstico. Um paciente com restrições renais tende a posicionar-se curvado à frente e lateralmente do lado da restrição. Com uma mão, ele segura o tronco posterolateral ou baixo abdome. Ele fica desconfortável de pé sem se mexer. As pernas estão tensas e ele frequentemente flexiona a coxa ipsilateral.

PALPAÇÃO

A palpação de um rim não é fácil. Como mencionei no início do capítulo, estudantes e praticantes inexperientes geralmente acreditam estarem tocando o pólo inferior de um rim quando, na verdade, estão agrupando e moldando uma porção da massa intestinal, ou sentindo a curvatura entre o duodeno descendente e inferior. Felizmente para nosso propósito, um rim com ptose é mais facilmente alcançável por ter se movido anteriormente. A abordagem deve ser gentil para evitar criar contrações intestinais que podem comprometer suas técnicas e causar desconforto ao paciente.

Para palpar o rim direito, com o paciente na posição supina, posicione-se

à sua direita e busque o colo ascendente. Circule-o com seus polegares em sua borda lateral e com os dedos em sua borda medial. Em seguida, mova medialmente colocando os polegares na borda medial do colo ascendente e os dedos na borda lateral do duodeno descendente (*Ilustração 9-5*). Se for bem sucedido, o rim será sentido profundamente entre os polegares e os dedos. Posicione a eminência hipotenar no espaço entre o duodeno e o colo, e empurre profundamente para dentro. Se o rim estiver numa posição normal, será possível sentir sua superfície anterior (que é lisa e bojuda), sem sentir sua borda inferior. A impressão é de sentir uma barra de sabão.

Se o rim estiver em ptose, será possível atingir o pólo inferior movendo a pressão inferiormente. Na ptose de segundo grau, é possível sentir mais da parte anterior medial do rim, em função de sua rotação externa. Em um paciente muito esguio com baixo tônus muscular, será possível sentir a borda inferior. Na palpação de ptose do terceiro grau, ao invés de ter a borda inferior sob o calcanhar da mão, poder-se-á sentir a parte superior ou até a borda superior, e o rim se apresentará extremamente móvel. Sempre que encontrar a borda inferior do



ILUSTRAÇÃO 9-5
Palpação do Rim Direito

rim sob a linha que conecta os dois ASIS, este será de fácil palpação por estar tão superficial.

O rim esquerdo pode ser encontrado cerca de 2cm acima do direito. Para palpá-lo, comece por encontrar a projeção superficial da flexura duodenojejunal, que está simetricamente oposta à do esfíncter de Oddi. Essa flexura é um ponto fixo, frequentemente usado em radiologia como ponto de referência. Ela está profunda no peritônio, omento, intestino delgado, e estômago, e se apresenta como uma massa circular do tamanho aproximado de uma moeda. Posicione a eminência tenar ou hipotenar logo abaixo desse ponto e empurre-o posteriormente o mais possível. Mova a pressão inferiormente e sentirá a massa renal esquerda anterior.

AUSCULTA

Na Ausculta Geral, o paciente primeiro se curva para o lado do rim restrito e, somente depois, rotaciona nessa direção e curva-se à frente. O grau de curvatura à frente geralmente se relaciona ao grau da ptose. Ocorrem casos em que o paciente se move em flexão anterior e lateral. Infelizmente, o rim é um órgão retroperitoneal e é difícil se obter informações diagnósticas precisas pela Ausculta Geral.

A Ausculta Local permite diferenciar os graus da ptose, primariamente observando se a rotação é interna ou externa. Posicione a mão sobre a projeção superficial do rim (geralmente com o calcanhar da mão ao nível do umbigo). Pressione a mão ligeiramente posterior e então concentre-se em atrair os tecidos em direção à sua palma (a inalação auxilia nesse processo). A falta de movimento geralmente indica que o rim está restrito ou fixo, mas pode ser normal. Esse estado "congelado" é comum em ptose de primeiro grau. Rotação externa da mão indica ptose de segundo grau. A rotação in-

terna é mais comumente devido a ptose de terceiro grau, mas pode também resultar de problemas da pelve renal (ex., cálculos nos rins).

A ausculta da motilidade do rim é realizada pelo uso de menos pressão, mas estendendo o sentido de toque através das mãos. Isso permite diferenciar entre um rim "congelado" e um rim normal sem restrições; em ambos os casos, não há movimento na Ausculta Local. Um rim sem restrições terá motilidade normal, com bons expir e inspir. Um rim congelado não só não apresenta movimento na Ausculta Local, mas também nenhuma motilidade. Nossa experiência sugere que a utilização tanto da Ausculta Local como da ausculta para motilidade são essenciais para um diagnóstico satisfatório e formulação do tratamento. A palpação para motilidade sozinha não avalia corretamente a rotação do rim.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Com o paciente na posição supina, pernas dobradas, posicione o calcanhar da mão logo abaixo do umbigo, dedo médio na linha média (*Ilustração 9-6*). Para **problema renal** (seta 1), a palma é puxada lateralmente para a direita ou esquerda (dependendo do rim afetado), entra em repouso, e então se move profundamente posteriormente, antes de mover-se levemente superomedialmente. Em presença de ptose renal, a palma se move inicialmente afastando-se da linha média, então inferolateralmente para ptose de segundo grau, ou inferomedialmente para a de terceiro grau. Esse é o melhor método diagnóstico para diferenciar os graus da ptose.

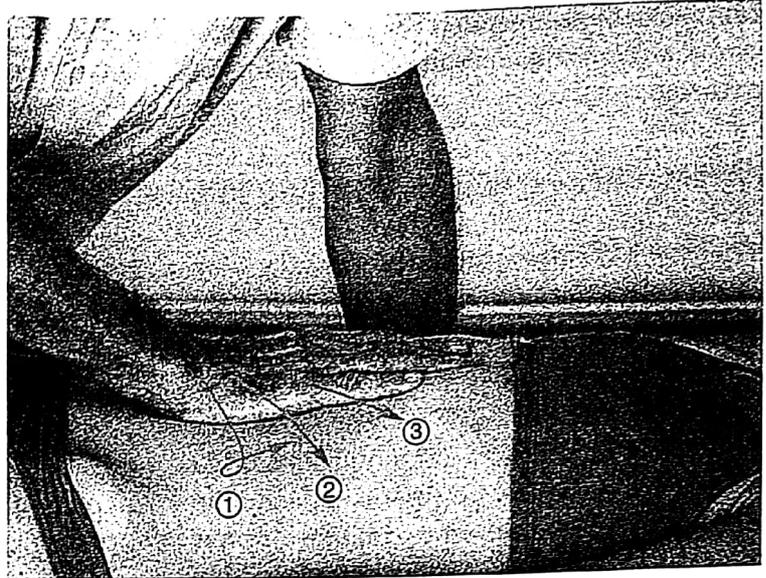
Para o **esfíncter de Oddi**, a eminência tenar se prona ao invés de mover-se transversalmente, move-se obliquamente para cima na linha médio clavicular-umbilical direita, e para a dois ou três dedos

ILUSTRAÇÃO 9-6

Diagnóstico Diferencial Local

Lado Esquerdo

1. Rim esquerdo
2. Flexura duodenojejunal
3. Fundo gástrico



acima do umbigo. Para o **duodeno descendente**, a eminência tenar se vira no sentido da borda radial, o polegar descansa 2cm à direita do umbigo, numa linha paralela à linha média. Para o **piloro**, a palma, que é atraída para cima, se situa dois a três dedos abaixo do processo xifóide, à esquerda ou direita dependendo da posição do piloro. Para a **vesícula e fígado**, mão espalmada contra a margem costal direita, dedo médio na linha médio clavicular-umbilical.

Para o **ureter direito**, a mão se vira no sentido da borda radial levemente à direita do umbigo, e move inferiormente. Em caso de cálculo, a borda radial da eminência tenar se move posteriormente com leve rotação horária. Sugerimos que pratique a localização de cálculos que já foram encontrados por tomografia ou IVP. Para o **ceco**, a palma se move inferiormente e à direita.

A **flexura duodenojejunal** apresenta o diagnóstico diferencial mais difícil (seta 2) porque está localizada diretamente em frente o rim esquerdo e frequentemente se encontra espástica. Para disfunção da flexura, a eminência hipotenar desliza superiormente e à esquerda. A palma empurra com leve

rotação horária, ao passo que para o rim ela se move mais posterior e então superiormente. Para o **fundo gástrico** (seta 3), a mão deixa a região umbilical e se move superiormente e à esquerda, em direção à margem costal. Para o **pâncreas**, o dedo médio deixa a linha média e se move superiormente e à esquerda, formando ângulo de 30° com o plano transversal que passa pelo umbigo.

MANIPULAÇÃO DIAGNÓSTICA

Como mostrado anteriormente para outros órgãos, a manipulação pode ser usada para clarear o diagnóstico. A técnica de agravação para o rim direito é executada com o paciente na posição sentado e levemente em cifose. Posicione os dedos sob a margem costal direita, chapado sob o fígado e o mais posteriormente possível, e empurre a massa abdominal inferiormente. Em caso de ptose, o paciente sentirá desconforto ou dor costal posterior, às vezes irradiando em direção ao baixo abdome.

A técnica de alívio correspondente consiste em levar o fígado póstero-superiormente. No entanto, essa técnica será inútil com ptose de terceiro grau, porque a perda de quaisquer conexões renais com o fígado e o

diafragma impede a elevação de ter qualquer efeito.

Pressão costal pode também ser usada como técnica de agravamento. O paciente se assenta com ambas as mãos atrás do pescoço. Com uma das mãos, levante os cotovelos para colocá-lo curvado para trás e, com a outra, aplique pressão direta anterior no ângulo posterior da 11ª costela. Em problema renal, o paciente sente desconforto ou dor nas áreas lombar ou abdominal e prende o fôlego. No entanto, uma restrição costovertebral mecânica pode fornecer o mesmo resultado.

É preciso saber se se está lidando com uma lesão do próprio parênquima renal ou das conexões renais. A palpação do rim pode ser sensível, ou levemente desconfortável, mas não deve ser dolorosa ou produzir reflexo protetor. Se isso acontecer, esteja ciente de que pode haver um problema ou pode estar empregando força excessiva. Faça uma técnica de rebote empurrando o pólo inferior do rim superiormente ao longo do eixo renal longitudinal o mais que puder, e liberando-o rapidamente. A sensibilidade a essa técnica indica problema com as conexões ligamentares renais.

RESTRIÇÕES ESQUELÉTICAS ASSOCIADAS

Em ptoses de primeiro e segundo graus, existem restrições ao nível de T7 e T11 e suas costelas. Em ptose de terceiro grau, não há conexão com o diafragma e, portanto, nenhuma restrição torácica. No primeiro e segundo graus, podem haver restrições de L1-L3 resultando de irritação do músculo psoas e nervos ilioipogástrico, ilioinguinal, e genitofemoral, mais os efeitos do estiramento peritoneal e estresse dos vasos arterial e venoso do rim.

Pode haver envolvimento do joelho pela inervação do nervo femoral (na verdade é o nervo safeno, um tronco profundo do nervo

femoral), e ossos navicular, primeiro cuneiforme, e quinto metatarsiano por serem esses reflexogênicos (isto é, pontos gatilho). Os membros inferiores podem também estar envolvidos em distúrbios do rim por efeito secundário a biomecânica ruim ou problemas causados por contrações do músculo psoas.

Descobrimos ser extremamente útil trabalhar com os membros inferiores sempre que trabalharmos com um rim (ou ceco ou colo sigmóide). Caso contrário, os efeitos do tratamento serão mais temporários. Tente posicionar uma das mãos na superfície superior do pé e fazer Ausculta Local, seguindo a palma até que estacione. Se ela mover, geralmente vai em direção à tibia ou fíbula. Veja se essa restrição está relacionada a um problema renal, usando a outra mão para inibir o rim empurrando-o para cima levemente. Se a restrição da perna desaparecer, é secundária a um problema renal; se não houver alteração, é um fenômeno local.

Pode-se encontrar uma periartrose glenoumeral de origem renal. Essas são, no entanto, muito menos frequentes que casos de periartrose ligados a problemas hepato-biliares. À direita, é mais provável de estar associada a tensão anormal do sistema fascial, ou à esquerda, ter origem reflexa. Execute um teste da articulação gleno-umeral (ver Capítulo 1) com uma das mãos, e com a outra execute uma técnica de alívio ou utilize um ponto de inibição. A melhora na mobilidade confirma a participação renal.

PRESSÃO SANGUÍNEA

Em geral, em lesão renal mecânica, a pressão arterial ipsilateral diminui. Para confundir, a pressão sanguínea tende a subir para problemas do parênquima, mas o lado do rim afetado mecanicamente ainda terá uma pressão relativa menor. Uma complicação adicional ocorre na hidronefrose, onde há ptose renal mas a pressão arterial aumenta.

O teste de Adson-Wright é geralmente positivo do lado afetado por ptose de primeiro e segundo graus. Esse teste pode ser usado para confirmar distúrbios renais. Pode também ser utilizado antes e depois das manipulações como meio de confirmar os resultados.

SINTOMAS DIGESTIVOS

Em disfunções renais, porções adjacentes do intestino são afetadas diretamente por irritação mecânica, e também indiretamente por mecanismos reflexos. O paciente sente desconforto durante a fase intestinal da digestão, ao fim da tarde, e por volta de 1 a 2 da manhã. Um sinal "pseudo-digestivo" é dor abdominal de origem renal que é exagerada com a bebida porque as pelves renais se tornam distendidas.

Tratamento

Nosso objetivo no tratamento não é simplesmente "elevar" o rim, isto é, mudar sua posição. Como sempre na Manipulação Visceral, queremos melhorar a motilidade e mobilidade. No Capítulo 1, descrevi melhoras dramáticas na mobilidade renal alcançadas por Jacques Marie Michallet com manipulação (ver Apêndice I). Não obstante, alteramos a posição do rim em alguns casos. Infelizmente, não podemos usar ultra-som para documentar uma ptose, a menos que seja muito severa. Outro objetivo é liberar quaisquer restrições viscerais vizinhas ou conexões fibróticas. Por esses meios, a circulação vascular e urinária sofrem melhoras.

Antes de se manipular um rim restrito, execute técnicas de estiramento para liberar aderências da lâmina posterior (parte da fáscia renal) no quadrado lombar, ou da lâmina anterior no músculo psoas. Isso irá poupar muito tempo. Além disso, esses músculos estão geralmente espásticos devido a irritação mecânica de seus nervos.

REBOTE

As técnicas de rebote são usadas primariamente para tratar rins "congelados", isto é, que parecer não ter nenhuma mobilidade e não respondem às técnicas diretas usuais (*Manipulação Visceral I*, pág. 146-147). Tente essas técnicas novamente após aplicação de rebote 2 a 3 vezes. Se ainda não houver melhoria na mobilidade, o problema principal não está no rim.

O paciente se encontra na posição supina, com pernas mais ou menos dobradas dependendo da tensão abdominal. Um leve esticamento do psoas pode ajudar a trazer o rim anteriormente (e, portanto, mais fácil de encontrar), mas também pode torná-lo menos móvel. O pólo inferior do rim direito está geralmente em torno do nível do umbigo entre o colo ascendente e o duodeno; o rim esquerdo é mais facilmente encontrado logo posteroinferiormente à flexura duodeno-jejunal.

Para um rim com ptose, toque o pólo inferior com a eminência hipotenar e empurre-o superomedialmente o mais possível. Essa técnica visa não o reposicionamento do rim, mas envolver suas conexões e estruturas vizinhas, e facilitar seu movimento. Existem variações na direção do movimento dependendo do grau de ptose sendo tratada.

Para ptose de primeiro grau, o rebote consiste em empurrar superomedialmente e levemente posterior o mais possível, e rapidamente aliviar a pressão. Para ptose de segundo grau, a mão flexiona lateralmente e rotaciona externamente; o rebote consiste em empurrar superomedialmente (para o rim direito) da direita para a esquerda da mesma maneira.

Para ptose de terceiro grau, uma manipulação bem sucedida é difícil. O rim desceu a um ponto onde não está mais sujeito à rotação externa produzida pelo psoas. Ele repousa em sua borda medial, se encontra em rotação interna, e assim perde sua direção

inferolateral oblíqua. Esse último fenômeno pode ser observado em IVP, onde a conexão vascular do rim é menos evidente. A técnica de rebote para ptose de terceiro grau envolve aplicação de pressão do fundo ao topo, de medial para lateral, e de frente para trás. Em caso de dificuldade, pode-se inicialmente acentuar a rotação interna empurrando na direção da lesão (isso é verdadeiro para cada uma dessas técnicas de rebote). No entanto, a dor resultante do excesso de força irá impedir a relaxação pós-manipulação necessária.

TÉCNICA DIRETA COMBINADA

Paciente em posição supina, com a perna do lado afetado repousando em seu ombro (*Ilustração 9-7*). Para ptose de segundo grau, mobilize o rim trazendo-o posteriormente e medialmente. Pelo movimento do seu ombro, pode-se ajustar a tensão do psoas, variando assim a rotação do rim e o quanto ele virá anteriormente. Essa técnica combinada permite-nos utilizar o "trilho" do psoas, e produzir pequenas contrações isométricas desse músculo contra resistência. Com a mão livre, segure a perna no ombro e peça ao paciente que a levante levemente. No momento em que a contração cessa, mobilize o rim, se

aproveitando da relaxação que se segue à atividade muscular.

Em outra variação dessa manipulação, o paciente se encontra na posição original. Use as duas mãos para comprimir o rim, libere só um pouco, e então mobilize seguindo a ausculta através dos tecidos vizinhos.

TÉCNICA DE LIBERAÇÃO GERAL

Se for incapaz de obter resultados após várias tentativas usando as técnicas específicas descritas acima, tente a técnica de liberação geral do joelho/cotovelo, que é também usada para massa intestinal. O paciente repousa sobre seus joelhos e antebraços, trazendo assim o abdome anteriormente e levemente superiormente. Posicione-se ao lado e, levando uma mão em torno das costas, posicione ambas as mãos de modo que os calcaneares estejam laterais às bordas do músculo reto abdominal em cada lado.

Aproxime as mãos uma da outra enquanto empurra a massa abdominal posteriormente (isto é, em direção ao teto) para se obter uma boa pegada. Mantenha as mãos firmemente juntas e estire o conteúdo abdominal anterosuperiormente. Isso criará uma profunda tração abdominal que envol-

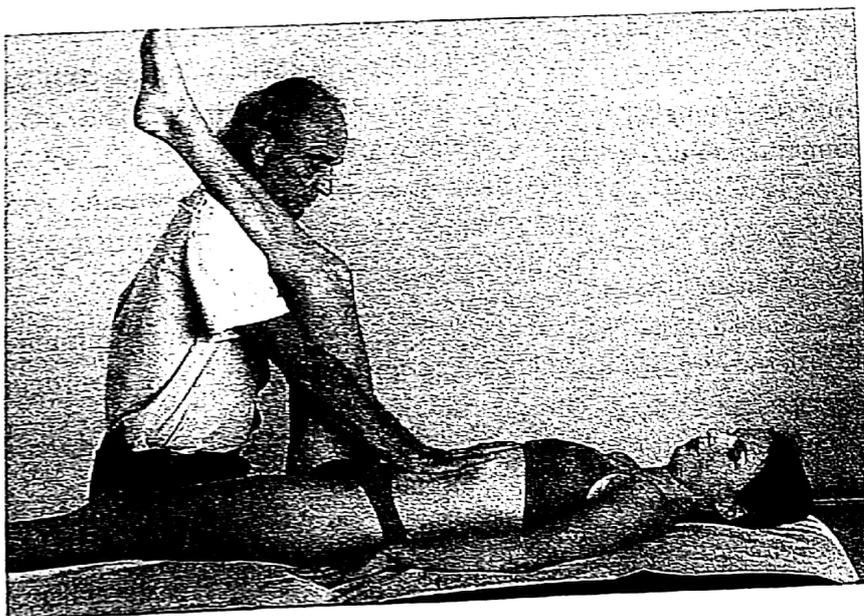


ILUSTRAÇÃO 9-7
*Manipulação Direta
Combinada dos Rins*

verá o peritônio parietal posterior e órgãos retroperineais. As outras direções que as mãos tomarão dependerá das restrições do abdome. Repita três a quatro vezes. Essa técnica pode ser usada com rebote.

ABORDAGEM POSTERIOR

Existe um ponto lombar fraco que torna possível a abordagem posterior do rim com mínima interferência dos tecidos moles interventores; esse é o espaço de Grynfeltt (ou Lasshaft), onde não existem aponeuroses dos músculos abdominais oblíquos interno e externo (*Ilustração 9-8*). Posicione o paciente em supino ou decúbito lateral com as pernas dobradas. Posicione um ou dois dedos contra o aspecto posterior da 12ª costela e mova-os simultaneamente anteriormente e em direção à crista ilíaca.

Quando encontrar uma pequena resistência, mobilize o rim antero-posteriormente e anteroinferiormente, usando a mão anterior para acentuar o movimento. A borda inferior do rim é encontrada num plano horizontal que atravessa o processo transversal de L3. Os dedos mobilizam o rim através do músculo grande dorsal e a camada de tecido conectivo fibroso representando as aponeuroses fundidas dos músculos serrátil posterior, oblíquo interno e externo, e transversal. Contra a porção posterior inferior da 12ª costela, a três dedos da coluna, no 12º nervo intercostal; no meio do espaço de Grynfeltt pode-se sentir os nervos ilioinguinal e ilioipogástrico.

Essa região é uma zona de "gatilho" eficiente, isto é, uma zona reflexogênica muito precisa que pode ser usada para iniciar, acelerar, e/ou aumentar os efeitos de um tratamento. Por exemplo, se estiver trabalhando no estômago com pouco ou nenhum resultado, use essa zona gatilho à esquerda e as coisas começarão a acontecer (ou acontecer mais rapidamente).

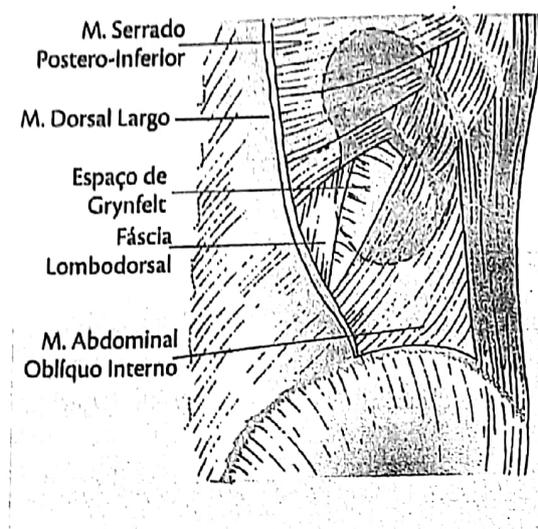


ILUSTRAÇÃO 9-8

Espaço de Grynfeltt (segundo Gregoire e Oberlin)

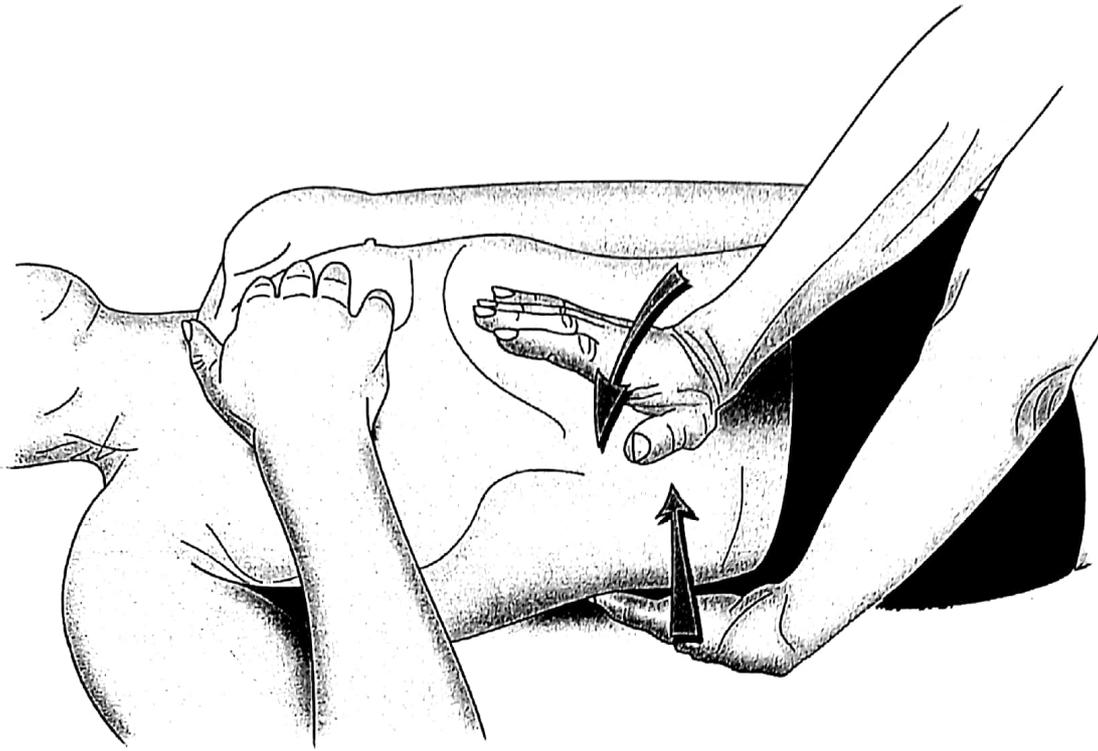
Entre R11/R12, o rim está em contato direto com a barreira pleural, outra zona gatilho. Para utilizar essa zona durante o tratamento, aplique pressão à três dedos da coluna, contra a borda lateral dos músculos paravertebrais.

TRATAMENTO VISCOELÁSTICO DOS RINS

Primeira técnica

Tenha o paciente na posição supina com as pernas dobradas, e aborde o rim tanto pela rota anterior como posterior (*Ilustração 9-9*). Essa técnica viscoelástica é a mesma que descrevemos acima: comprima o órgão e libere progressivamente.

As estruturas em torno do rim geralmente causam compressão no mesmo. Aborde o rim gentilmente. Nunca se deve usar uma linha reta ao abordar um órgão, e isso é particularmente verdade aqui. Quando sentir tensão, contorne-a. Quando sentir um espasmo, espere que passe ou faça-o relaxar.

**ILUSTRAÇÃO 9-9**

Tratamento Viscoelástico do Rim Direito (1ª Técnica)

Segunda técnica

O objetivo para o rim direito é comprimí-lo contra a superfície inferior do fígado e deixá-lo voltar e assim liberar tensões excessivas (*Ilustrações 9-10 até 9-12*). O paciente em supino com as pernas dobradas. Posicione a palma da mão de cima na superfície anterior média do fígado. Posicione a mão de baixo entre o duodeno descendente e o colo ascendente, abordando o rim pela rota abdominal. Com essa técnica, trabalha-se com a viscoelasticidade do rim, e pode-se coordenar e harmonizar sua relação com o fígado. Essa excelente técnica terá um efeito positivo imediato na energia do paciente.

O objetivo para o rim esquerdo é comprimí-lo contra o baço. O paciente se encontra na mesma posição que para o rim

direito. Aplique pressão costal anterolateral esquerda com a mão de cima, direcionada ao baço (*Ilustração 9-13*). A palma da mão de baixo encontra o pólo inferior do rim logo abaixo e profundamente para a flexura duodenojejunal.

Essa é uma manobra onde a compressão do rim fica menos evidente. No entanto, é uma técnica muito eficiente na harmonização da relação entre o rim esquerdo e o baço, pâncreas, flexura esplênica, e duodeno. Após usar essas técnicas viscoelásticas nos rins, finalize o tratamento com indução dos mesmos.

Além de seus efeitos na dinâmica entre os órgãos, acredito que essas manobras também estimulem o sistema imunológico.

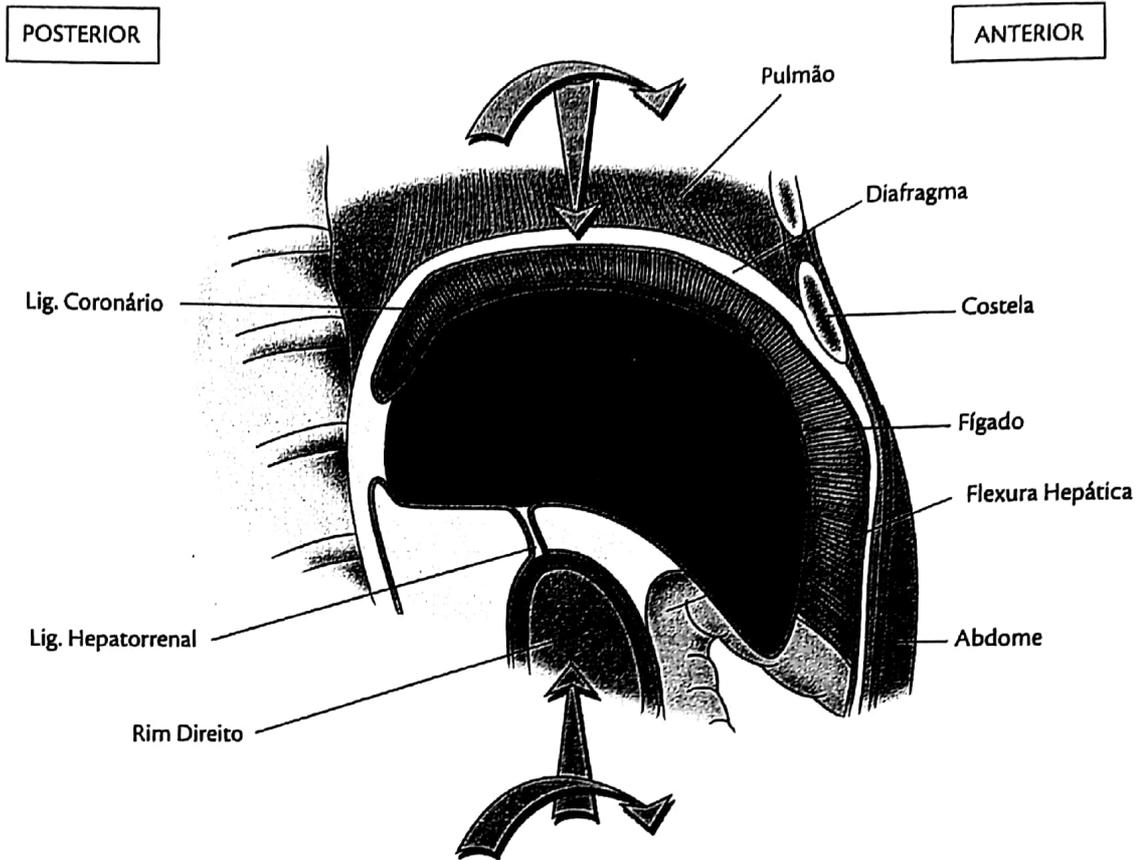


ILUSTRAÇÃO 9-10

Tratamento Viscoelástico da Unidade Fígado-Rim

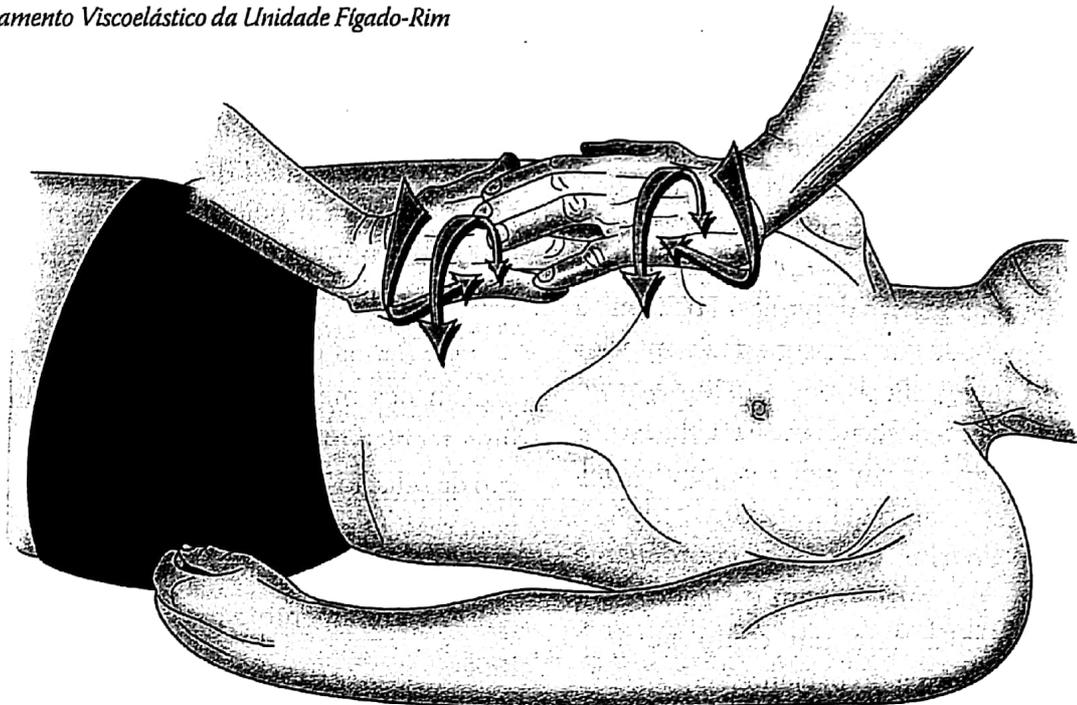


ILUSTRAÇÃO 9-11

Manipulação Coordenada do Rim Direito/Fígado (1ª parte da 2ª Técnica)

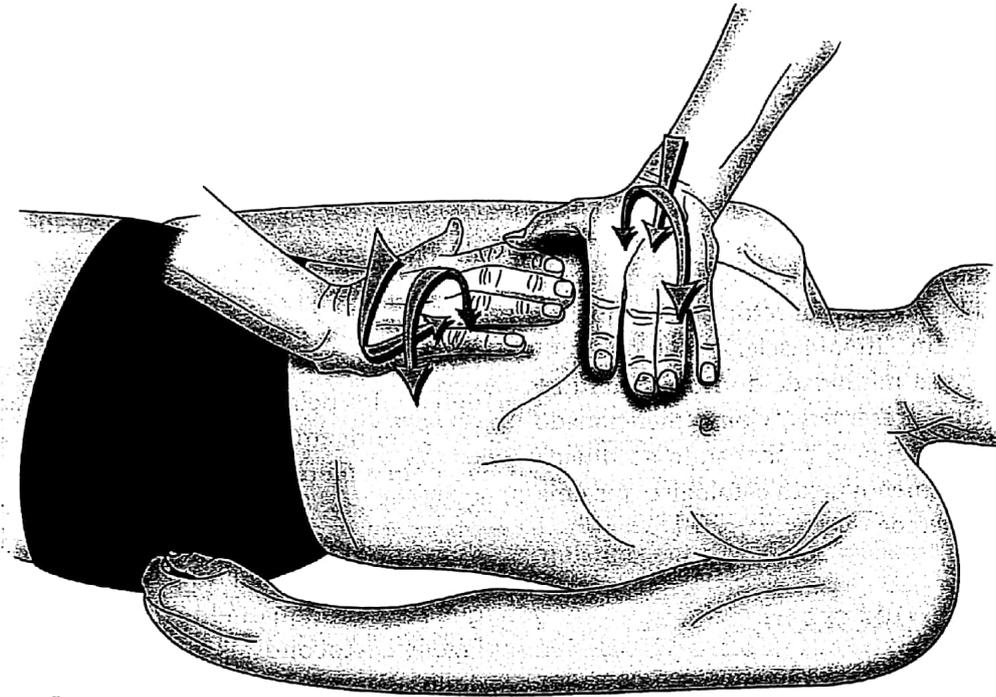


ILUSTRAÇÃO 9-12

Manipulação Coordenada do Rim Direito/Fígado (2ª parte da 2ª Técnica)



ILUSTRAÇÃO 9-13

Manipulação Coordenada do Rim Esquerdo/Baço

INTERAÇÃO ENTRE OS RINS

Os dois rins se conectam através da fásia renal. Qualquer fator que restrinja um irá, portanto, afetar o outro. Na ptose renal direita, o rim esquerdo se mantém na posição normal. No entanto, ele perde sua motilidade, talvez em função da tensão anormal exercida na fásia renal. Na ptose de terceiro grau do rim direito, este se torna ectópico. Como não há mais um "freio fascial" interconectando os rins, a motilidade do rim esquerdo é geralmente preservada. Como mencionado anteriormente, uma ptose muito acentuada do rim tem menos efeito patológico que uma ptose moderada.

CÁLCULO URETERAL

Muitas pessoas que vêm nos ver com dor lombar inferior acabam diagnosticadas com pedras nos rins. Esses geralmente não são cálculos grandes, mas pedras minúsculas das quais o paciente não tem conhecimento. Não obstante, podem causar dor significativa na região lombar. No cálculo ureteral (pedras que se alojam nos ureteres), podemos

algumas vezes fornecer tratamento eficaz, mas não em ataques sérios envolvendo dor extrema onde não é possível aproximar-se o suficiente para tocar, muito menos tratar o paciente. Existem vários pontos estreitos no ureter onde as pedras podem se prender (*Ilustração 9-14*). Esses pontos são também reflexogênicos.

Na palpação, não é possível diferenciar o ureter das estruturas vizinhas. No entanto, os cálculos podem muitas vezes ser detectados pela Avaliação Manual Termal. Uma pedra emite calor que pode ser sentido com a palma da mão. Similarmente, as pedras podem muitas vezes ser detectadas pela ausculta. Posicione a mão ao longo da projeção superficial do ureter, numa linha que passa obliquamente da 10ª e 11ª cartilagens costocodrais até um ponto a dois dedos lateral da sínfise púbica (*Ilustração 9-15*). Onde houver um cálculo, a palma será fortemente atraída posteriormente, e fará uma leve rotação horária. Temos sido capazes de verificar isso muitas vezes com pedras previamente documentadas por raio-x. Uma rotação horária similar ocorre quando há cistos no abdome ou pelve.

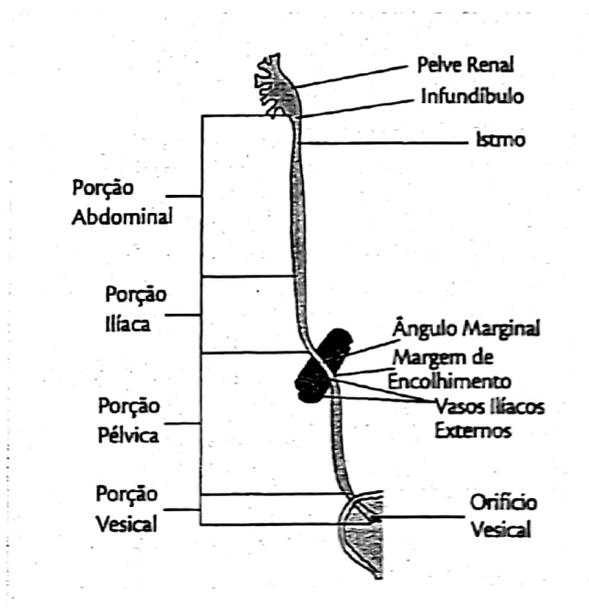


ILUSTRAÇÃO 9-14

Pontos Estreitos no Ureter

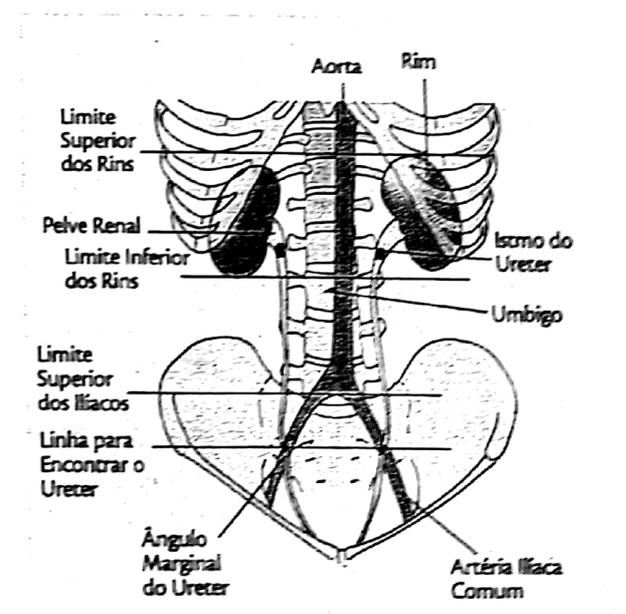


ILUSTRAÇÃO 9-15

Ponto de Referência para Localização do Cálculo Renal

Logo abaixo de sua origem, o ureter tem diâmetro aproximado de 1cm. No "pescoço" do ureter, 1,5cm de sua origem, sua largura diminui para 4mm. Aí é onde a maioria das pedras se encontram. Um segundo ponto estreito se encontra onde o ureter atravessa os vasos ilíacos, numa linha que conecta as duas ASIS. Um terceiro estreitamento se encontra na junção do ureter com a bexiga, que pode ser manipulado diretamente através da vagina em mulheres.

O cálculo ureteral pode ser tratado de duas maneiras. Na técnica direta, inicia-se por marcar a posição da pedra, e então executa-se uma compressão/rotação no ponto com o calcanhar da mão. Ao final do movimento, empurre inferiormente para estirar o ureter, reforçando seu tônus e funcionamento peristáltico.

Na técnica indireta, o paciente se posiciona sentado com as mãos cruzadas atrás do pescoço. Com uma das mãos, segure seus cotovelos; com a outra, exerça pressão logo acima da posição da pedra. Recline o paciente para trás, estirando o ponto do abdome para baixo.

ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO

O rim direito ("digestivo") está associado ao fígado, duodeno descendente, colo ascendente, e ceco. A tensão nesses órgãos deve ser normalizada antes da manipulação do rim. Preste atenção especial ao ceco, que frequentemente tem papel causal em restrições renais. Teste as conexões posteriores do ceco e junção ileocecal, que geralmente se encontram espásticas.

Antes de trabalhar diretamente no rim esquerdo ("reprodutivo"), libere a flexura duodenojejunal, que se encontra frequentemente tensa e pode produzir restrições no rim por mecanismos reflexos. É também uma boa idéia verificar as conexões do estômago, e a motilidade dos ovários.

Sempre finalize a manipulação com uma técnica combinada nos dois rins ao mesmo tempo, usando manipulação direta seguida de indução. Nessa, as mãos executam movimentos simultâneos nos quais os dedos se unem superiormente, e as palmas se separam inferiormente. Enquanto testa e trata a mobilidade dessa maneira, empurrar o rim direito para cima deve resultar na transmissão da sensação de pressão ao rim esquerdo, e vice-versa. Ao fazer indução, é extremamente importante deixar os rins com boa movimentação tanto na fase expir como na inspir, e ter os movimentos sincronizados. Essa técnica combinada tem um efeito estimulante generalizado no paciente.

Relações Emocionais dos Rins

RIM ESQUERDO

Vínculo genético

Esse é um dos órgãos que nos vincula a nossos antepassados. Nossas raízes conscientes não chegam muito distante no passado. Geralmente conhecemos nossos pais, avós, e, algumas vezes, até mesmo nossos tataravós (devido a maior expectativa de vida). Nossas raízes reais vão muito mais atrás no tempo.

Transmissão de vida

Quando se dá a luz a uma criança, basicamente se transmite a própria vida para outra pessoa. No entanto, mesmo se não tiver filhos, o potencial de tê-los é o que realmente conta. É um fato conhecido que algumas pessoas sem filhos têm uma melhor natureza "paternal" bem no fundo dentro deles do que a de pais verdadeiros.

Sexualidade

Temos que distinguir entre sexualidade "real", isto é, o potencial para uma vida sexual

satisfatória, do ato sexual propriamente dito. Algumas pessoas sem vida sexual ativa têm um potencial sexual mais desenvolvido que outros que têm parceiros sexuais frequentes. Quando falo de potencial sexual, me refiro à possibilidade de "tornarem-se um" fisicamente, ou terem uma comunhão íntima.

Energia profunda

Essa energia, juntamente com a do pâncreas e baço, nos ajuda a combater doenças sérias. A energia profunda se contrasta com a energia superficial, que se perde rapidamente após uma noite sem dormir ou uma gripe violenta, mas que também se restaura muito facilmente.

Essa energia está profundamente dentro de nós. Ela se ativa apenas durante doenças sérias ou depressões profundas e não se restaura facilmente. De fato, a falta dessa energia pode colocar nossas vidas em sério perigo.

Violência

Alguns expressam essa violência de maneira muito impulsiva. Ela está sempre lá, sob a superfície, mas tentam a todo custo suprimi-la ou nivelá-la. Ela geralmente surge sem motivo real e é expressada contra si mesmo ou outros. Ela não tem que vir acompanhada por um ato de agressão.

Dominância

Estamos falando aqui sobre comportamento controlador em relação aos outros ou o desejo de controle e dominância sobre os outros. Se esse desejo não é satisfeito, leva a um profundo sentimento de frustração.

RIM DIREITO

Apoiando um fígado enfraquecido

Já vimos como o fígado está envolvido em todos os tipos de emoções. Quando não é

capaz de lidar com elas, ex., quando a pessoa está lutando contra uma grande depressão, o rim vem em seu auxílio.

Falta de identidade pessoal

Isso é frequentemente encontrado em pessoas que têm um complexo de identidade e problemas em perceber o "eu real" dentro. Pessoas com complexo de identidade tendem a se tornar um com os outros porque não conhecem realmente a si mesmas. Essas pessoas sempre menosprezam a si mesmas.

Conflito com a mãe

A relação mãe-filho nessas pessoas têm algum aspecto de excesso, estando ou próximas demais ou não o suficiente. Ou a criança está totalmente identificada com a mãe de modo que seja incapaz de desenvolver a própria personalidade, que leva a problemas de auto-estima descritos acima, ou a criança é sempre rebelde com resultados semelhantes. Em qualquer dos casos, a personalidade não tem chance de desenvolver corretamente. Conflitos semelhantes com a mãe aparecem também em problemas intestinais.

Medo

O medo que essa pessoa sente geralmente não é um medo real, um medo de algum problema, situação, ou doença. Ao invés disso, é um medo mais básico que não se conecta a nada em particular. Quando o medo é muito forte, geralmente se relaciona aos dois rins.

Já havíamos encontrado o medo relacionado ao fígado. No entanto, o medo no fígado está ligado a um evento físico ou psicológico, ao passo que o medo no rim direito é um medo existencial sem nenhum motivo real. Pode ser a memória de uma experiência de nascimento particularmente difícil, ou uma constrição no útero.

Recomendações

Na ptose, embora o rim seja fácil de palpar e as estruturas vizinhas sejam sensíveis, o próprio rim raramente estará muito dolorido. Quando um rim está dolorido, considere hidronefrose ou condição policística. Tome muito cuidado com um rim que esteja tanto sensível (ou dolorido) quanto fácil de palpar.

Nunca tente manipular um rim quando houver febre ou hematúria (sangue na urina). Se a causa da hematúria for conhecida e não for considerada perigosa, pode-se trabalhar no rim após cerca de um mês; se a causa for desconhecida, encaminhe o paciente a um exame completo.

Muitos sintomas digestivos podem na realidade ser reflexos de disfunções renais menores. Uma ptose renal direita, ex., apresenta inúmeros sinais que podem ser atribuídos incorretamente ao ceco. Não conte com as explicações do paciente como orientação.

Problemas do sistema reprodutor geralmente acompanham restrição do rim esquerdo, e vice-versa, primariamente através de seu sistema venoso interdependente. Por exemplo, existem muitos casos documentados nos quais a presença de um dispositivo intra-uterino afeta a motilidade do rim esquerdo. Em problemas de impotência nos homens, sempre teste a motilidade do rim esquerdo.

Restrições renais estão frequentemente associadas a restrições costais, e quase sempre com problemas do cóccix. Considere tratar primeiro uma costela restrita antes de mobilizar um rim, especialmente em crianças, que têm menos probabilidade de sofrer restrições do rim. Embora não tenhamos identificado um vínculo definido entre o crânio e os rins, temos observado em nossa prática que restrições cranianas concomitantes a restrições renais são normalmente posteriores, e se resolvem rapidamente após tratamento dos rins.

Diga a seus pacientes com questões renais que limitem o consumo de produtos de origem animal. Especialmente à noite, devem evitar carne vermelha, queijos e alimentos gordurosos.

Sempre meça a pressão arterial antes e depois da manipulação renal. Uma técnica inapropriada ou mal executada pode se revelar por uma modificação significativa (isto é, desequilíbrio entre os dois braços, hipotensão, ou hipertensão), ocasião em que se deve considerar técnicas alternativas.

CONSELHOS AO PACIENTE

Estimule o paciente com problema renal a beber, mas não da forma que bem entender. Ele deve beber com frequência, mas pouca quantidade de cada vez. Uma vez que é difícil para as pessoas mudarem seus hábitos, deve-se enfatizar esse conselho o tanto quanto necessário até que seja consistentemente seguido. Beber muito de uma só vez causa dilatação da pelve renal e ureteres. Isso é geralmente doloroso e faz com que o paciente pense que não está "digerindo" a água, de modo que passa a evitar beber. Além disso, o líquido deve estar morno. A água morna é assimilada com mais facilidade, ao passo que água gelada tende a "chocar" o estômago, causando espasmos e redução do trânsito peristáltico. O horário também é um fator: pacientes que ingerem líquidos duas horas após uma refeição farta, quando a atividade intestinal está no ápice, irão realizar uma pior digestão.

Considerações Finais

Temos demonstrado em nossa prática que a Manipulação Visceral é capaz de aliviar com sucesso uma multitude de problemas estruturais e funcionais. Como em todos os métodos osteopáticos, seu sucesso depende da habilidade das mãos e mente. Nossas mãos devem ser capazes de analisar as mensagens do corpo, e de sentir e liberar tensões anormais nos tecidos.

CAPÍTULO 9 / OS RINS

Como praticantes dessa disciplina exigente, devemos ter um entendimento das ciências médicas básicas, mas são as mãos que distinguem o praticante excepcional do medíocre.

Bibliografia

- Barral J-P, Mathieu J-P, Mercier P. *Diagnostic articulaire vertébral*. Charleroi: S.B.O.R.T.M., 1981.
- Barral J-P, Mercier P. *Manipulação Visceral I, Edição Revisada*. Teresópolis: Upledger Brasil Editora, 2014
- Bochuberg C. *Traitement ostéopathique des rhinites et sinusites chroniques*. Paris: Maloine, 1986.
- Braunwald E, et al., eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. New York: McGraw Hill, 1987.
- Chauffour, Guillot. *Le Lien mécanique ostéopathique*. Paris: Maloine, 1985.
- Contamin R, Bernard P, Ferrieux J. *Gynécologie générale*. Paris: Vigot, 1977.
- Cruveilhier J. *Traité d'anatomie humaine*. Paris: Octave Doin, 1852.
- Davenport HW. *Physiologic de l'appareil digestif, 2nd ed*. Paris: Masson, 1976.
- Delmas A. *Voies et centres nerveux, 10th ed*. Paris: Masson, 1975.
- Dousset H. *L'Examen du malade en clientèle, 6th ed*. Paris: Maloine, 1972.
- Gregoire R, Oberlin S. *Précis d'anatomie*. Paris: J.P. Baillière, 1973.
- Herman J, Cier JE. *Précis de physiologic*. Paris: Masson, 1977.
- Issartel L & M. *L'Ostéopathie exactement*. Paris: Robert Laffont, 1983.
- Kahle W, Leonhardt H, Platzer W. *Anatomie des viscères*. Paris: Flammarion, 1978.

BIBLIOGRAFIA

- Kamina P. *Anatomic gynécologique obstétricale*. Paris: Maloine, 1984.
- Korr I. *The Neurobiologic Mechanisms in Manipulative Theory*. New York: Plenum, 1978.
- Laborit H. *L'Inhibition de l'action. biologie, physiologie, psychologie, sociologie*. Paris: Masson, 1981.
- Lansac J, Lecornte P. *Gynécologie pour le praticien*. Villeurbanne: S.I.M.E.P., 1981.
- Malinas Y, Favier M. *Gynécologie-Obstétrique*. Paris, Masson, 1979.
- Renaud R, Sermet J, Ritter J, Bohler JL, Eberst B, Gamberre M, Jacquemin B, Serment G. *Les Incontinences urinaires chez la femme*. Paris: Masson, 1982.
- Robert JG, Palmer R, Boury-Heyler C, Cohen J. *Précis de gynécologie*. Paris: Masson, 1974.
- Rouvier H. *Anatomie humaine*. Paris: Masson, 1967.
- Scali P, Warrell DW. *Les Prolapsus vaginaux et l'incontinence urinaire chez la femme*. Paris: Masson, 1980.
- Taurelle R. *Obstétrique*. Paris: France Médical Edition, 1980.
- Testut L. *Traité d'anatomie humaine*. Paris: Octave Doin, 1889.
- Testut L, Jacob O. *Anatomie topographique*. Paris: Gaston Doin, 1922.
- de Tourris H, Henrion R, Delecour M. *Gynécologie et obstétrique*. Paris: Masson, 1979.
- Upledger JE, Vredevoogd JD. *Terapia Craniosacral*. São Paulo: Grupo Gen, 2011.
- Waligora H, Perlemuter L. *Anatomie*. Paris: Masson, 1975.
- Williams P, Warwick R, eds. *Gray's Anatomy*. Edinburgh: Livingstone, 1980.
- Wright S. *Physiologie appliquée à la médecine, 2nd ed*. Paris: Flammarion, 1974.

Lista de Ilustrações

CAPÍTULO UM

1-1	Ausculda Geral: Posição de Pé.....	8
1-2	Ausculda Geral Sentado: Ângulo Diagnóstico.....	9
1-3	Ausculda Geral Sentado: 2º Método.....	10
1-4	Ausculda: Membros Inferiores.....	12
1-5	Passagem Inter-escalena (segundo Lazorthes).....	13
1-6	Teste de Adson-Wright Completo.....	15
1-7	Teste de Lasègue Completo.....	17
1-8	Prolapso Gástrico (Posição de Pé).....	18
1-9	Prolapso Gástrico (Posição Supina).....	18
1-10	Prolapso Renal Direito.....	19
1-11	Manipulação Viscoelástica de um Órgão.....	24

CAPÍTULO DOIS

2-1	Omento Maior (segundo Testut).....	34
2-2	Teste de Distensibilidade do Peritônio-Omento (Posição Sentado).....	36
2-3	Teste de Motilidade do Peritônio-Omento (Supino).....	37
2-4	Estiramento do Peritônio-Omento (Posição de Quatro).....	38

CAPÍTULO TRÊS

3-1	Hiato Diafragmático (Relações Normais).....	45
3-2a	Hernia de Hiato Deslizante (Esofágica).....	45
3-2b	Hernia de Hiato Desdobrada (Para-Esofágica).....	46

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

3-3	Técnica de Agravamento	51
3-4	Técnica de Alívio	52
3-5	Técnica Direta Local	54

CAPÍTULO QUATRO

4-1	Pressões no Estômago	62
4-2	Diagnóstico Diferencial Local: Estômago.....	68
4-3	Diagnóstico Diferencial Local: Flexura Duodenojejunal.....	68
4-4	Técnica Frontal Direta (Em Decúbito Lateral).....	73
4-5	Técnica Frontal Direta com Pressão Lateral Dupla.....	73
4-6	Técnica Frontal Direta (Posição Sentado).....	74
4-7	Técnica Sagital Direta (Em Decúbito Lateral).....	74
4-8	Técnica Transversal Direta (Em Decúbito Lateral).....	75
4-9	Piloro: Pontos de Referência	75
4-10	Piloro: Compressão/Rotação.....	76

CAPÍTULO CINCO

5-1	Fígado: Superfície Inferior	91
5-2	Diagnóstico Diferencial Local: Fígado	93
5-3	Teste de Ausculta do Fígado	93
5-4	Ausculta Local Diferencial	94
5-5	Técnica de Pressão Costal.....	95
5-6	Manipulação Indireta do Fígado (Plano Frontal).....	99
5-7	Compressão Transversal do Fígado (Em Decúbito Lateral)	100
5-8	Compressão Transversal do Fígado (Posição Sentado)	100
5-9	Manipulação Sagital do Fígado (Em Decúbito Lateral).....	101
5-10	Manipulação Indireta do Fígado (Plano Transverso).....	101
5-11	Manipulação Combinada do Fígado (Em Decúbito Lateral).....	102
5-12	Tratamento Viscoelástico do Fígado	103

CAPÍTULO SEIS

6-1	Orientação da Vesícula.....	110
6-2	Relações da Vesícula (segundo Gregoire e Oberlin).....	110
6-3	Obstrução do Duto Biliar Comum por Tumor Pancreático (segundo Testut).....	114
6-4	Obstrução do Duto Biliar Comum por Pedra de Vesícula no Duto Hepático (segundo Testut).....	114
6-5	Diagnóstico Diferencial Local: Vesícula	118
6-6	Evacuação Colescística (Estágio da Vesícula).....	120
6-7	Evacuação Colescística (Estágio do Duto Biliar Comum).....	121
6-8	Manipulação Transversal do Duto Biliar Comum (Em Decúbito Lateral).....	122

CAPÍTULO SETE

7-1	Pâncreas	131
7-2	Canais Secretores do Pâncreas (segundo Testut).....	131
7-3	Diagnóstico Diferencial Local: Pâncreas	135
7-4	Esfíncter de Oddi e Pâncreas	137
7-5	Indução do Pâncreas	138
7-6	Mesocolo Transverso e Pâncreas (segundo Gregoire e Oberlin).....	138
7-7	Localização do Baço.....	140
7-8	Projeção do Baço na Parede Posterior do Tórax.....	140
7-9	Baço: Vista Posterior Lateral.....	141
7-10	Tratamento Viscoelástico do Baço: Anatomia.....	144
7-11	Tratamento Viscoelástico do Baço.....	144
7-12	Tratamento Viscoelástico do Baço (Em Decúbito Lateral): 1ª Técnica.....	145
7-13	Tratamento Viscoelástico do Baço (Em Decúbito Lateral): 2ª Técnica.....	145

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

CAPÍTULO OITO

8-1	Diagnóstico Diferencial Local: Colo.....	161
8-2	Flexura Hepática (segundo Testut).....	165
8-3	Estiramento da Flexura Hepática: Relações.....	166
8-4	Manipulação Direta da Flexura Esplênica (Em Decúbito Lateral).....	166
8-5	Raiz Mesentérica e Flexura Duodenojejunal.....	167
8-6	Junção Ileocecal (segundo Testut).....	168
8-7	Mesocolo Sigmóide: Estiramento Direto.....	169
8-8	Indução do Intestino Delgado.....	170

CAPÍTULO NOVE

9-1	Relação entre os Rins e o Colo.....	176
9-2	Relação dos Rins (Corte Transverso).....	176
9-3	Rim: Corte Sagital (segundo Testut).....	176
9-4	Ptose Renal: Três Graus.....	179
9-5	Palpação do Rim Direito.....	186
9-6	Diagnóstico Diferencial Local: Lado Esquerdo.....	188
9-7	Manipulação Direta Combinada do Rim.....	191
9-8	Espaço de Grynfeldt (segundo Gregoire e Oberlin).....	192
9-9	Tratamento Viscoelástico do Rim Direito (1ª Técnica).....	193
9-10	Tratamento Viscoelástico da Unidade Fígado-Rim.....	194
9-11	Manipulação Coordenada do Rim Direito/Fígado (1ª parte da 2ª Técnica).....	194
9-12	Manipulação Coordenada do Rim Direito/Fígado (2ª parte da 2ª Técnica).....	195
9-13	Manipulação Coordenada do Rim Esquerdo/Baço.....	195
9-14	Pontos Estreitos do Ureter.....	196
9-15	Pontos de Referência para Localização de Cálculos Renais.....	196

Índice

Páginas em **negrito** se refere a Ilustrações

A

- Abdome
 - inferior, pressões normais, 5
 - médio, pressões normais, 5
 - som de líquido em movimento, 64
 - superior, pressões normais, 5
 - técnicas de Ausculta Local, 10
- Abdominal, distensão, 61
- Abscessos
 - anal, 159
 - intestinal, 159
 - subfrênico, 50
- Absorção de impactos
 - pela junção gastroesofágica, 43
 - pelo omento maior, 33
- Açúcar
 - evitar com estômago vazia, 78
 - horário de ingestão, 139
- Adaptação, 4
- Adenopatia, 142
- Aderências,
 - cirúrgicas
 - efeitos no hiato esofágico, 48
 - distúrbios da junção gastroesofágica e, 52
 - peritônio, 35
 - omento maior, 34
- Adiposo, tecido
 - no omento maior, 33
 - papel na função renal, 21
- Adson-Wright, 13-15
 - em distúrbios gástricos, 70
 - em patologia do fígado, 94-95
 - resultados negativos em distúrbios da vesícula, 119
 - em ptose renal, 190
 - uso em distúrbios da junção gastroesofágica, 53
- Aerofagia, 61
- Agravamento, técnica de
 - para prolapso gástrico, 70
 - distúrbios da junção gastroesofágica, 51
 - fígado, 95-96
 - para rim direito, 188
- Agressão, e distúrbios estomacais, 78
- Álcool
 - evitar em distúrbios da junção gastroesofágica, 56
 - em distúrbios estomacais, 78
- Alcólica
 - Cirrose, 85
 - Gastrite, 61
- Alcoolismo
 - pancreatite aguda e, 132
 - pancreatite crônica e, 133
- Amarelidão, 112
 - em cirrose biliar, 115
- Ambição, em distúrbios estomacais, 78
- Amoníemia, 85
- Anatomia, vii
 - vesícula e dutos biliares, 109-111
 - junção gastroesofágica, 43-44
 - omento maior, 34
 - jejunoíleo e colo, 149
 - pressões e inserções, 149-150
 - reflexos e digestão, 150-151
 - rins, 175-177
 - fígado, 81-83
 - pâncreas, 13
 - inserções, 130
 - canais secretores, 130-132
 - piloro, 75
 - baço, 139-140
 - estômago e duodeno, 59-61
- Anatômicas, relações
 - rins, 176
 - baço, 140-141
- Anemia
 - em insuficiência renal crônica, 183
 - em tumores do colo, 158
- Aneurismas, aórtica abdominal, 28
- Ângulo do recesso cardíaco, 44
- Anoretais, distúrbios, 159-160
- Ansiedade
 - na síndrome do intestino irritável, 158
 - rim direito e, 198
- Ansiedade existencial,
 - rim direito e, 198
- Anticoncepcionais. *Veja também*
 - contraceptivos orais e formação de cálculos de vesícula, 113
 - restrições do fígado por, 8
- Apêndice, indução em crianças com problemas do sistema imunológico, 27
- Apendicectomia, ptose renal se seguindo, 177
- Apendicite, 155
 - aguda, 90
 - diagnóstico diferencial, 112
 - análise da dor em, 155
 - anterior, 155
 - diagnóstico diferencial, 155-156
 - histórico de casos, 156
 - retrocecal, 155
- Áreas patológicas, diferenças térmicas em, 18
- Artéria subclávia, compressão da, 13
- Articulação sacroilíaca esquerda,
 - restrições e disfunções da junção gastroesofágica, 52
- Ascendente, colo, 92
- Ascite, 85
- Auerbach, plexo de, 49, 150
- Ausculta Geral, 6-7
 - ângulo diagnóstico, 7
 - corroborando resultados de, 11-12
 - em pé, 8
 - em sentado, 9, 10
 - fígado, 92

- jejunoíleo e colo, 161
 - limitações com os rins, 187
 - pontos de inibição e, 7-8
 - repetir após cada fase do tratamento, 12
- Ausculta emocional, 22
- geral, 22-23
 - local, 23
- Ausculta Local, 10-13, 161
- efeito do estado dos órgãos na, 135
 - fígado, 92-95
 - jejunoíleo e colo, 161-162
 - omento maior, 35-36
 - pâncreas, 134
 - peritônio parietal, 35-36
 - pontos de inibição combinados com, 11
 - rins, 187
- Ausculta local emocional, 23
- Avaliação Manual Termal, 18
- Azia, 46

B

- Baço, 127, 129
 - anatomia e fisiologia, 139-140
 - relações anatômicas, 140-141
 - funções, 141
 - exame, 142
 - palpação, 143
 - percussão, 142-143
 - funções da polpa branca e vermelha, 140
 - localização, 140
 - manipulação coordenada com rim esquerdo, 195
 - manipulação indireta de, 139
 - patologia, 141-142
 - esplenomegalia, 142
 - projeção na parede posterior do tórax, 140
 - relações emocionais, 146
 - tratamento, 143
 - viscoelástico, 143, 144, 145, 146
 - vista posterolateral, 141
- Barbitúricos, toxicidade hepática dos, 85
- Bayliss, lei de 21
- Bebês,
 - problemas na passagem inter-escalena, 14
- Becker, Rollin, 3
- Bexiga
 - melhora nas secreções após Manipulação Visceral, 4
 - Ausculta Local diferencial, 162
- Bile
 - problemas do trânsito e estômago, 71
 - vomitando, 61
- Biliar
 - cirrose, 85, 115
 - cólica, 111, 112
 - diskinesia, 116
 - estase, 84

excreção inadequada, 90
oculista, 112
refluxo para o pâncreas, 132
sal. concentração pela vesícula, 110
secreção, 83
Biliares, dutos, 107, 108.
Ver também Anatomia e fisiologia da vesícula, 109-111
câncer, 116
liberação, 98

C

Cadela lesional, 3-4
Cafê, como auxiliar na evacuação do estômago, 78
Cálculo ureteral, tratamento, 196
Cálculos de vesícula, 112-113
pancreatite aguda e, 132
composição química, 113
obstrução do duto biliar comum, 114
papel da alteração hormonal em, 111
sintomas e complicações, 113-114
Canais secretores
estirando e melhorando secreções de, 4
frequência de tratamento, 26
liberando restrições dos, pancreáticos, 139
pâncreas, 129, 130, 131, 132
Câncer
colo, 158-159
dor gástrica característica, 67
dutos biliares, 116
gástrico, 62, 77-78
retossigmoides,
papel do osteopata na detecção dos, 171
vesícula, 116
Carboidratos,
fermentação exagerada, 153
Carcinóides, 159
Cárdia
indução, 55
Cardiospasmos, 49
Ceco, 150
anatomia e fisiologia, 150
Ausculta Local, 161
como causa de ptose renal, 177
como causa de restrições renal, 197
restrições e insônia, 151
Cervical, dor
distúrbios da junção gastroesofágica, 53
Cervical, restrições da coluna
e problemas de vesícula, 119
e distúrbios da junção gastroesofágica, 52
Cérvix (colo uterino)
restrições e o rim esquerdo, 181
restrições com problemas sigmoides, 164
Chauffour, Paul, 21
Cheiros, hipersensibilidade a, 134
Chocolate, evitar em distúrbios da junção gastroesofágica, 56
Choque, repercussões no fígado, 181
Clática
após manipular restrições lombares, 172
direita, causas da, 98
esquerda,
hipertensão portal e, 97
em ptose renal, 182
restrições associadas ao fígado, 97-98
restrições esqueléticas do jejunoleo e colo, 163-164
teste de, 16
Cicatrizes
aderências hepáticas e, 83

localizando em pacientes vestidos, 11
Cisto hidático, 92
Cirrose, 85
alcoólica, 85
biliar, 86
Climatério masculino, distúrbios da junção gastroesofágica, 48-49
Coagulação, distúrbios de, 85
papel do fígado em, 125
Cóccix, relação com os rins, 178
Colangite, 112
Colecística, evacuação, 120
estágio do duto biliar comum, 121
Colecistite, 114
aguda, 113, 114-115
crônica, 113, 115
Colecistoquinina, 110, 116
Cólica renal direita, 91
Colite ulcerativa, 158
Colo, 147, 149
anatomia e fisiologia, 149
pressões e inserções, 149-150
reflexos e digestão, 150-151
diagnóstico, 161
Ausculta Geral, 161
Ausculta Local, 161-162
exame retal, 162-163
Inibição, 162
rebote, 162
restrições esqueléticas associadas, 163-165
diagnóstico diferencial local, 161
patologia, 151, 156
análise da dor em, 157
carcinóides, 159
distúrbios anoretais, 159-160
diverticulose, 157
doença inflamatória do intestino, 158
fístulas e abscessos, 159
hemorróidas, 159-160
observação abdominal para deduzir, 152
patologias associadas e sintomas, 160
produção anormal de fezes, 153-154
síndrome do intestino irritável, 157-158
polipose, 157
prolapso, 152-153
restrições, 151-152
tumores, 158-159
prolapso renal e, 178
recomendações, 171-172
relação com os rins, 175, 176
relacionamentos emocionais, 170
estabilidade, 171
feminilidade, 170
generosidade, 171
hipocondria, 170-171
necessidade de justiça, 171
papel da família, 170
papel da mãe, 170
proteção, 170
sigmoides, 150
anatomia e fisiologia, 150
transverso, 81, 149-150
anatomia e fisiologia, 149-150
Fáscia de Toldt, 167
Tratamento do, 165
estratégia de tratamento, 169
flexura duodenojejunal e raiz mesentérica, 167-168
flexuras hepática e esplênica, 165-166
junção ileocecal, 168-169
mesocolo sigmoides, 169
Colo descendente, Ausculta Local, 162
Compensação, 4

a estresse crônico, 29
Conflito maternal, rim direito e, 198
Conselho ao paciente
distúrbios da junção gastroesofágica, 56
estômago e duodeno, 78
rins, 199
vesícula e dutos biliares, 125
Constipação, 154
Contra-indicações, 28-29
manipulação da junção gastroesofágica, 50
manipulação da vesícula, 124-125
Coração
conexão com a articulação glenoumeral, 17
relação com o estômago, 59
Costovertebral,
efeito das restrições no estômago, 60
testes de mobilidade, 96
Courvoisier, lei de, 114, 133
Coxas
desconforto na ptose renal, 182
dormência em problemas crônicos do colo, 164
hipersensibilidade na ptose renal, 180
Cranianas, restrições cranianas,
e problemas digestivos em crianças, 26
Craniano, trauma craniano,
distúrbios da junção gastroesofágica, 49
Crânio, pressões normais, 5
Crânio-visceral, relação, 23-24
Crianças, estratégias de tratamento, 26-27
Crohn, Doença de, 158
Cruveilhier-Baumgarten, Síndrome de, 50
Culpa
relação com baço/pâncreas, 146
distúrbios estomacais e, 78

D

Decúbito lateral
abordando o espaço de Grynfeldt em, 192
compressão transversal do duto biliar comum em, 122
compressão transversal do fígado em, 100
estiramento do psoas em, 55
técnicas indiretas para o fígado em, 99
tratamento das flexuras hepática e esplênica em, 165
tratamento do piloro em, 75
tratamento duodenal em, 76-77
tratamento viscoelástico do baço em, 145
Depressão, 88
como causa de ptose renal, 178
hipotensão e, 16
questões em patologia hepática, 104
papel no prolapso gástrico, 63
papel na patologia hepática, 83
papel do rim direito no combate, 198
rim esquerdo e a capacidade de repelir, 198
relação entre baço e pâncreas, 146
temporária após manipular a vesícula, 125
Duodeno descendente
diagnóstico diferencial, 188
estiramento em distúrbios pancreáticos, 137
Diabetes
e formação de cálculos de vesícula, 113
relações emocionais da, 146
recomendações, 139
Diafragma
atração intestinal e, 159
efeito de prolapso do omento maior no, 34
movimentação permanente do, 43