

Abordagem Osteopática na Gastrite

Osteopathy Approach in Gastritis

Daniela Scalon¹, Walkyria Vilas Boas Fernandes²

Resumo

A gastrite tornou-se uma doença muito freqüente em razão da crescente mudança nos hábitos culturais do cenário atual. Existem múltiplos fatores que podem levar a este processo inflamatório do estômago mais conhecido como gastrite. Dentre eles estão o estresse, o consumo de exagerado de álcool, alguns medicamentos e drogas, problemas emocionais, ações de agentes infecciosos, entre várias outras causas. Além disto, os distúrbios somáticos também podem favorecer o surgimento da gastrite devido às disfunções biomecânicas, alteração no fluxo nervoso e/ou circulatório do estômago. Assim como as alterações somáticas podem desencadear descompensações no sistema digestório, o inverso também é verdadeiro. Essas duas possibilidades acontecem através dos reflexos viscerosomáticos e somato-viscerais. Por isto, não se pode esquecer que o tratamento não deve ser pensado apenas localmente, mas sim, seguir através das respostas encontradas nos dados importantíssimos encontrados primariamente na anamnese. A osteopatia é ressaltada neste estudo como método para alívio dos sintomas e tratamento para este problema, visto que ela proporciona condições para a “auto-cura”. As técnicas e o desenvolvimento deverão ser escolhidos de acordo com cada indivíduo e, mesmo que a doença seja a mesma, os efeitos biomecânicos e fisiológicos desta poderão ser diferentes de paciente para paciente. Assim, não existe protocolo exato para que se realize o tratamento osteopático, por isto, objetivou-se neste trabalho, reunir a maior quantidade de dados possível sobre as técnicas mais utilizadas na intervenção osteopática da gastrite e verificar suas respostas fisiológicas.

Palavras-chave:

Osteopatia visceral, Manipulação visceral, Gastrite.

Abstract

Gastritis has become a very common disease because of the increasing changes in the cultural behavior of current times. There are multiple factors that can lead to this stomach inflammatory process known as gastritis. Among them are: stress, excessive alcohol intake, some medicines and drugs, emotional problems, the action of infectious agents, and others. Besides that, somatic disturbs can also favor gastritis outbreak because of the biomechanical dysfunctions, alteration on circulatory and/or the nervous flow of the stomach. Just as somatic alterations can trigger changes on the digestive system, the opposite can also be true. Both possibilities happen through viscerosomatic and somatic-visceral reflexes. For this reason, one should not forget that the treatment can't be thought only locally, it has to match the information found on the very important data first found on the anamnesis. Osteopathy is highlighted in this study as a way to soften the symptoms and also as a treatment for this problem, because it provides conditions for “self-healing”. The techniques and development have to be chosen according to each individual and, even though the disease is the same, the biomechanical and physiologic effects may differ from patient to patient. This way, there is no exact protocol to be followed in an osteopathic treatment, for this reason, the objective of this report is to gather the largest amount possible of data concerning the most utilized techniques on the osteopathic intervention of gastritis and to verify its physiological answers.

Key-words:

Visceral Osteopathy, Visceral Manipulation, Gastritis.

INTRODUÇÃO

O estilo de vida contemporâneo traz consigo parcela significativa de doenças, especialmente as que afetam o sistema digestório em consequência aos maus hábitos alimentares, ao estresse sócio-econômico-profissional, ao fumo, à bebida, ao uso de certos medicamentos e drogas, entre outros. Entre os males mais comuns está a gastrite (LEITE, 2003; FRANÇOIS *et al.*, 1994; RIBEIRO e MACEDO, 2007).

A gastrite é o processo inflamatório do estômago de origem endógena ou exógena que varia de comprometimento superficial discreto à atrofia grave da mucosa. Pode apresentar erosão que, se estendida a planos mais profundos, transformar-se-á em úlcera aguda. Com base nos aspectos clínicos, etiológicos e morfológicos, a gastrite é classificada universalmente em três grandes grupos: aguda, crônica e formas especiais e distintas (GIANNOTTI e ARTIGIANI, 2004; PABÓN, 2004; VILELLA *et al.*, 2004).

1. Fisioterapeuta, Pós-graduanda em Fisioterapia Osteopática pelo CBES-SP

2. Fisioterapeuta, Mestranda em Tecnologia em Saúde pela PUC-PR

Recebido: 00/00/0000

Aceito: 00/00/0000

Autor para correspondência: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

E-mail: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Dentre os principais fatores etiológicos da gastrite está o estresse, o qual parece desencadear a gastrite, principalmente, através da isquemia da mucosa gástrica. Além do estresse, o consumo de álcool pode levar à inflamação do estômago, por causar precocemente alterações vasculares da mucosa gástrica como estase capilar, dilatação, lesão endotelial e hemorragia subepitelial. Medicamentos como antiinflamatórios não esteróides e aspirina também são fatores etiológicos através de múltiplos mecanismos como o dano direto na estrutura da mucosa, queda na fabricação de bicarbonato e na síntese de prostaglandinas, a qual é essencial à integridade da mucosa. Também pode ser causada por refluxo biliar que acontece comumente em casos de ressecção gástrica e de vagotomia troncular com piloroplastia. Além de todos os fatores já citados, a gastrite ainda pode ser causada por agentes infecciosos e o *Helicobacter Pylori* é o mais comum deles (VILELLA *et al.*, 2004; RODRIGUES *et al.*, 2004).

Alterações emocionais também produzem mudanças distintas na função gástrica. Estados de raiva, prazer intenso ou padrões de comportamento agressivo relacionado à ativa participação do sujeito com o ambiente levam à hiperemia gástrica com aumento da motilidade e das secreções. De maneira inversa, há palidez das mucosas com diminuição da atividade motora e da secreção gástrica em estados de medo, depressão ou por desligamento com outros indivíduos. Assim como a atividade cerebral pode afetar o sistema gastrointestinal (SGI), o recíproco é verdadeiro, pois as alterações no SGI também podem afetar a percepção da dor, alterar o humor e ainda modificar algumas funções mentais (DROSSMAN, 1993; SAMMUT e SEARLE-BARNES, 1998).

Para que se entenda melhor a relação gastrite/emoções, sabe-se que o estômago é innervado pelos componentes simpático e parassimpático do sistema nervoso autônomo, principalmente, pelo parassimpático, através do nervo vago, o X par craniano. O simpático é comandado pelos neurônios intermediolaterais da medula tóraco-lombar. Os níveis espinhais da coluna que innervam o estômago simpaticamente compreendem desde T5 até T9 e o nervo correspondente é o grande nervo esplâncnico através do gânglio celíaco. Assim, pode-se dizer que o SGI é vago dependente e, por isto, outras influências vagais poderiam influenciar o sistema digestório em situações emocionais intensas ou mantidas por longo tempo como tensão, apreensão, vigilância, angústia ou aflição. (DOUGLAS e CISTERNAS, 2004; MCGUIGAN e AMENT, 1993; MOSIER e KOHARA, 2007; MODI e SHAH, 2005).

O reflexo viscerosomático parassimpático cervical é o reflexo vagal. Após sair do crânio, o nervo vago interliga-se com C1 e C2 dentro do plexo cervical. Reflexos vagais são encontrados no nível do occipício, C1 e C2, com grande tendência de reação para flexão e inclinação esquerda, classicamente relacionados com problemas do trato gastrointestinal superior - esôfago, estômago e duodeno. A combinação de C2 esquerda, T3 à direita, T5 a T7 à esquerda e T6 a T8 direita é referida como padrão gastrointestinal alto (NELSON e GLONEK, 2006).

Desta forma, terapia osteopática é aplicada, geralmente, com base no sistema simpático, pois o simpático é inibidor e o parassimpático, ativador. No caso da gastrite, o tratamento do sistema nervoso simpático é indicado a partir da quinta até a nona torácicas. O quinto, sexto e sétimo segmentos são os mais importantes. Ao tratar esta área, ocorre inibição da atividade muscular, diminuição das secreções glandulares e redução na

produção de ácido clorídrico (MCKONE, 2001).

Partindo do princípio que um segmento facilitado leva à perturbação de todo o seu metâmero, o objetivo deste estudo foi realizar um levantamento bibliográfico a respeito da abordagem osteopática no tratamento da gastrite e, desta forma, verificar as repercussões fisiológicas já estudadas em experimentos anteriores.

MÉTODO

Foram utilizadas neste estudo que tem como tema “Abordagem osteopática na gastrite”, livros e artigos científicos nacionais e internacionais, pesquisados nas bases de dados MEDLINE e BIREME, através de combinações de palavras como: osteopatia visceral (visceral osteopathy), gastrite (gastritis) e manipulação visceral (visceral manipulation). Os artigos e livros selecionados foram compreendidos, principalmente, no período de 1976 a 2007.

A partir dessas informações, o texto de revisão foi elaborado no intuito de elucidar as principais técnicas osteopáticas utilizadas no tratamento da gastrite, assim como, verificar as funções fisiológicas das manobras.

Intervenção Osteopática

A osteopatia visceral é uma técnica que visa explorar as tensões do corpo que residem nos órgãos e seus tecidos, com o objetivo de melhorar a circulação global e, assim, reduzir as barreiras para melhorar a atividade funcional e, desta forma, permitir ao corpo a capacidade de autocura através de mecanismos que fazem regulagem e otimizam a função. Segundo Stone *et al.*, (2007) qualquer alteração musculoesquelética pode acarretar em uma perturbação visceral.

Em 1922, McConnell assinalou que para obter resultado com terapia manipulativa é necessário que a lesão específica ou área da disfunção somática seja mobilizada. Nos distúrbios viscerais em que estiverem envolvidos órgãos específicos como o estômago, o coração, entre outros, é necessário restaurar especificamente a função relacionada ao segmento facilitado. O tratamento deverá restituir à víscera sua movimentação fisiológica (RUMMEY, 1976; FRANÇOIS e SALLÉ, 2002).

Para isso, sabe-se que os órgãos se movimentam sobre seus eixos em amplitude definida. Basicamente, são as perdas destes eixos que levam a problemas na motilidade e na mobilidade fisiológicas caracterizando, assim, a patologia visceral. A motilidade é o movimento intrínseco ao órgão e a mobilidade é o movimento entre dois órgãos, ou entre um órgão e a parede peritonial, ou entre uma víscera e o diafragma, ou entre um órgão e outra estrutura musculoesquelética. No caso das restrições de mobilidade, as causas são por aderências (fixações), por visceroespasmos ou por ptose; que podem estar ou não acompanhados de patologia orgânica. Já as perdas de motilidade podem ser causadas por ptose, visceroespasmos, restrição articular ou por perda generalizada da vitalidade do órgão como sinal precoce de patologia (HEBGEN, 2005).

As fixações da mobilidade podem levar a contraturas nos músculos diafragma, reto abdominal esquerdo, nos músculos paravertebrais da 6ª a 8ª torácicas, trapézio e subclávio. Pontos gatilho podem estar presentes no plexo solar, no piloro e na cárdia (COSTER e POLLARIS, 2001).

Desta forma, o sistema digestório do indivíduo deve ser

avaliado e tratado como um conjunto fisiológico integral e interdependente com outros sistemas por sua íntima relação, principalmente, com os sistemas nervoso, endócrino, imunológico e circulatório (DOUGLAS e CISTERNAS, 2004).

O trato gastrointestinal também é unido ao resto do corpo através do sistema nervoso pelos reflexos viscero-somático, somato-visceral e viscero-visceral (NELSON e GLONEK, 2006).

No caso da gastrite, a osteopatia visceral é indicada para tratar as aderências e espasmos dos tecidos do estômago no intuito de devolver-lhe a mobilidade e a motilidade fisiológicas. Assim como, melhorar a circulação, tanto a arterial quanto a venosa e a linfática; melhorar a função do sistema nervoso; restabelecer o ritmo craniano; normalizar o metabolismo; eliminar a estenose e os espasmos musculares (muitas vezes responsáveis pela dor); regular os níveis hormonais, prevenir de bloqueios vertebrais recidivantes e, ainda, influenciar positivamente sobre o psicológico do paciente com gastrite, fechando o ciclo para promoção da cura da mesma (COSTER e POLLARIS, 2001; DIGIOVANNA *et. al.*, 2004; SAMMUT e SEARLE-BARNES, 1998).

Existem duas classificações gerais para a condição do trato gastrointestinal e que requerem dois diferentes métodos de aproximação e de tratamento manipulativo. Primeiro, os casos agudos, que necessitam de tratamentos freqüentes, com expectativa de alívio imediato. E, segundo, os crônicos que necessitarão de tratamento durante um longo período, com menos freqüência (NORTHUP, 1983).

A osteopatia utiliza-se de inúmeras técnicas para tratar um paciente as quais serão escolhidas de acordo com a tolerância de cada paciente. Dentre elas estão: a manipulação de alta velocidade e baixa amplitude (*thrust*); mobilização; técnica para tecidos moles, liberação fascial direta, músculo e energia, liberação fascial indireta, pressão inibitória, técnicas cranianas. O tratamento com manipulação osteopática será suficiente quando se obtiver resposta. Assim, relaxamento dos tecidos moles na área que está sendo tratada é uma boa resposta. Ao contrário, vasodilatação periférica resulta no aumento da temperatura da pele ou rubor, e aumento da sudorese indicam que é momento de terminar. Aumento da freqüência cardíaca ou respiratória indica que o nível de tolerância do paciente foi alcançado. Caso o paciente sinta algum desconforto durante a intervenção, a mesma deverá ser cessada, devendo ser substituída por outra manobra ou realizada na próxima sessão (NELSON e GLONEK, 2006).

O tratamento osteopático pode ser capaz de ajudar pessoas com gastrite, mas isto depende se há ou não fatores “mecânicos” afetando a função visceral que sejam propícios ao tratamento (SAMMUT e SEARLE-BARNES, 1998).

Tratamento Visceral

Ao primeiro contato com o paciente, deve ser realizada a anamnese de modo detalhado na intenção de resgatar problemas no aparelho locomotor ou enfermidades orgânicas, anteriores ou presentes, para que se possa fazer correlação com a doença atual. Na seqüência deve ser realizada a palpação, que inclui órgãos internos, as zonas de tecido conjuntivo correspondentes, e a musculatura, incluindo percussão dos órgãos ocos (estômago e intestino). A partir daí, deve-se determinar as interações com outras estruturas e sistemas, como segmentos e ou articulações periféricas correspondentes do aparelho locomotor, sistema nervoso e outras relações ao redor (COSTER e POLLARIS, 2001).

Reflexos viscero-somáticos são partes úteis no diagnós-

tico físico da patologia visceral porque eles são disfunções somáticas que se desenvolvem especificamente em resposta a uma patologia visceral; oferecem pistas sobre a localização e severidade etiológica da patologia. Estes reflexos são identificados através da anormalidade na textura do tecido e da sensibilidade nos dermatomos e miótomos referentes ao metâmero. A disfunção somática afeta a fisiologia visceral através de seus efeitos mecânicos assim como através dos reflexos somato-viscerais (NELSON e GLONEK, 2006).

Na interação viscero-somática há três conexões possíveis: 1) Dor referida de uma estrutura somática para uma área visceral; a dor é mal interpretada como sendo originária da víscera; 2) Estimulação nociceptora de uma estrutura visceral pode causar disfunção somática no segmento ou segmentos neurologicamente relacionados; 3) Uma área de disfunção somática pode modificar a saída autonômica para a víscera correlacionada. Neste caso, os limiares destes percursos parecem estar mais altos que as rotas reflexas locais ou distantes dentro do sistema musculoesquelético, e mesmo assim podem levar à interação. O limiar mais alto é provavelmente muito significativo na redução do impacto do sistema somático na víscera. Desta maneira, nem toda disfunção somática irá causar disfunção visceral, mesmo que haja impulsos autonômicos anormais para uma víscera, isto não causará, necessariamente, algum sinal ou sintoma. Entretanto, os efeitos das mudanças do reflexo autonômico podem se combinar com outros fatores estressantes para a precipitação de sintomas. Por exemplo, disfunção torácica média pode causar alteração no tônus parassimpático do estômago. Sabe-se que a bactéria *H. pylori* predispõe o estômago a ulceração, mas que sua presença nem sempre inicia a destruição da parede do estômago. É concebível que impulsos autonômicos anormais também possam ser fatores que predispõem o estômago ao *H. pylori* (SAMMUT e SEARLE-BARNES, 1998).

A seqüência de tratamento em todos os problemas gastrointestinais deve seguir o seguinte plano geral. Primeiro, alívio da dor. Em segundo lugar, preparar os tecidos ao redor da hipomobilidade vertebral. Terceiro, corrigir todas as lesões espinhais. Em quarto lugar, estimular o tecido mole, local e reflexo. Quinto e último, relaxamento dos tecidos moles locais e reflexos. Desta maneira, a lesão vertebral deve ser tratada antes da abordagem à víscera em questão, pois a perturbação visceral pode ser modulada pela presença de disfunção somática que, em teoria, pode influenciar o tratamento osteopático da disfunção visceral quando reduz-se ou elimina-se a disfunção somática (FRANÇOIS e SALLÉ, 2002; FRANÇOIS *et. al.*, 1994; NORTHUP, 1983; SAMMUT e SEARLE-BARNES, 1998).

Pressão inibitória nos pontos sensíveis em torno dos centros espinhais envolvidos ou o relaxamento cuidadoso dos tecidos moles ao longo da coluna vertebral, adjacentes ao nível das lesões, muitas vezes vão trazer grande alívio da dor (NORTHUP, 1983).

Tratamento reflexo para o alívio da dor também é uma medida terapêutica

para que se diminua a pressão de congestionamento permitindo que o sangue circule mais livremente em tecidos profundos que estão fora do alcance do terapeuta. O terapeuta toma contato suave com o dedo sobre o ponto reflexo e o tratamento é efetuado com rotações suaves até que a sensibilidade e a consistência do ponto se normalizem (NORTHUP, 1983; HEBGEN, 2005).

Algia no estômago devido à pressão por gás pode muitas vezes ser aliviada pela colocação do paciente em decúbito dorsal e aplicação de pressão sobre o piloro gradualmente, até alcançar a tolerância, de dois a cinco minutos e, bem lentamente, liberá-lo. A liberação rápida irá anular o resultado. Esta manipulação provoca relaxamento da válvula pilórica e deslocamento do gás do estômago para o intestino. Pode, em alguns casos, ser realizada com o paciente em decúbito lateral direito (NORTHUP, 1983).

Freqüentemente, náuseas podem ser controladas por uma faixa de pressão aplicada no antebraço (particularmente eficaz em antebraço direito) e realizada entre dois e cinco minutos. Bolsas frias ao redor do pescoço, sob o queixo, entre uma orelha e outra, normalmente, irão cessar vômitos persistentes (NORTHUP, 1983).

Na seqüência do tratamento, trata-se as lesões espinhais. É preciso ter em mente que nenhum exame para condições gástricas está completo se não tiver início no atlas, indo para baixo, incluindo as 8ª e 9ª torácicas e todas as costelas correspondentes (NORTHUP, 1983).

Existem certos distúrbios gástricos que podem ser detectados simplesmente pela inspeção da região torácica. Quando são encontradas lesões em flexão nas 5ª e 6ª dorsais e lesões em extensão nas 3ª e 4ª, pode-se pensar em algum problema funcional no estômago. Provavelmente, a maior parte dos danos é causada pela deformação das articulações das costelas correspondentes em relação aos gânglios simpáticos a partir dos quais os nervos esplâncnicos são desprendidos, e lesões secundárias podem se desenvolver envolvendo centros cardíacos, pulmonares, do fígado e do trato intestinal (NORTHUP, 1983; FRANÇOIS *et al.*, 1994).

Desta maneira, devem-se investigar e tratar lesões somáticas nas seguintes estruturas e sistemas que se correlacionam com problemas no estômago:

Aparelho locomotor:

- Transição cervicotorácica pela conexão direta do esôfago;

Sistema nervoso:

- Simpático: 5ª, 6ª, 7ª, 8ª e 9ª vértebras torácicas (n. esplâncnico maior).

- Parassimpático: Occipital, 1ª e 2ª vértebras cervicais (n. vago);

Relações topográficas:

- Esqueléticas: vértebras correspondentes: 11ª e 12ª torácicas e 1ª, 2ª e 3ª vértebras lombares e arco costal esquerdo;
- Musculares: Diafragma;
- Viscerais: Esôfago, fígado, duodeno, baço, cólon, rim esquerdo e pâncreas

(COSTER e POLLARIS, 2001; FRANÇOIS *et al.*, 1994; MOSIER e KOHARA, 2007; MODI e SHAH, 2005; NORTHUP, 1983).

O próximo passo é tratar a víscera propriamente dita utilizando técnicas que relaxam e estimulam o tônus visceral, de modo que haja eliminação da estase sanguínea e aumento de sua vascularização. A parte mais baixa do esôfago, o estômago e o duodeno devem ser checados em casos de gastrite (WARD *et al.*, 2002; FRANÇOIS *et al.*, 1994).

O estômago está suspenso pelo baço, sob o diafragma e conectado à superfície inferior do fígado. O colón transverso liga-se à curvatura maior através da conexão entre o omento maior e a parte mediana do transverso. A curvatura menor do estômago fica em contato com a face inferior do fígado através do omento menor (ligamento hepato-gástrico). O corpo do estômago é menos afetado diretamente por tensões no diafragma e na caixa torácica. É indiretamente afetado pelo fígado e é completamente irritável por si mesmo de modo reflexo quando um dos esfíncteres (piloro ou cárdia)

está irritado ou disfuncional. Assim, os esfíncteres pilórico e cárdia são bons pontos para iniciar a exploração do estômago e, quando estiverem funcionando eficazmente, qualquer tensão ou irritação remanescente no corpo e fundo do estômago podem ser conduzidas por tratamento mais localizado (NETTER, 2007; STONE *et al.*, 2007).

Nas intervenções abdominais, o contato deve ser feito com a face palmar dos dedos ou pisiforme, e não com as pontas para evitar lesões aos órgãos internos. Os músculos da parede abdominal podem e devem ser manipulados cuidadosamente com leveza para que a pressão não irrite vísceras abdominais reflexamente através da parede abdominal. O contato abdominal também deve ser suavizado ao entrar na margem costal em sentido medial para contatar a parte mais alta do estômago, dependendo da tolerância tecidual. Para isto, o paciente deve estar em decúbito dorsal com joelhos semi-fletidos e com músculos abdominais em relaxamento máximo (NORTHUP, 1983; WARD *et al.*, 2002; DIGIOVANNA *et al.*, 2004; STONE *et al.*, 2007).

O terapeuta pousa a mão direita sobre o estômago com o polegar apontando para o piloro. Deve-se pressionar suavemente até alcançar a fáscia para que se observe em qual direção a mesma se move. O paciente deve respirar profundamente e aí verifica-se se o estômago desce na inalação e sobe na expiração (mobilidade). Logo em seguida, testa-se a motilidade: inspir é o sentido anti-horário, superior e posterior; e expir é sentido horário, inferior e anterior. (WARD *et al.*, 2002; COSTER e POLLARIS, 2001; DIGIOVANNA *et al.*, 2004).

Na técnica de Sutherland para estômago, o paciente posiciona-se em decúbito dorsal com joelhos fletidos. O terapeuta coloca sua mão direita sob a 12ª costela e a mão esquerda sob a direita. A mão direita é apenas sensitiva e a esquerda faz a tração. Em seguida, deve engajar as costelas e tracionar lateralmente, percebendo as tensões. Manter o tensionamento até sentir a região da costela relaxar e sentir a área do diafragma (WARD *et al.*, 2002).

A técnica de Still para o estômago inicia-se com o paciente deitado em decúbito lateral direito e com o terapeuta atrás. Com as mãos no estômago e os dedos planos, puxa-se o estômago para cima para verificar se há tensão. No tratamento é preciso manter essa posição até que se perceba o relaxamento (WARD *et al.*, 2002; NORTHUP *et al.*, 1983). Na técnica para relaxamento facial da região do estômago, o paciente fica em decúbito dorsal com os joelhos semi-fletidos. O terapeuta em pé, ao lado direito do paciente, na altura dos quadris e voltado para a cabeça do mesmo. Sua mão esquerda fica posicionada sob o paciente, na altura do estômago; a mão direita, aberta, se apóia sobre o estômago com os dedos em direção da apófise xifóide. O tratamento se dá com as duas mãos comprimindo o estômago e, a seguir, a mão ventral realiza movimentos de deslizamento na direção da limitação fascial seguindo movimentos crânio-caudais, rotacionais e inclinações laterais em sincronia com os movimentos do estômago na respiração. Esta técnica traz relaxamento e alívio da dor no epigastro (COSTER e POLLARIS, 2001).

Outra técnica para relaxamento do estômago, agora em decúbito lateral direito, é indicada para alterações do peristaltismo e do trânsito estomacal, para contraturas na região de inervação do plexo solar e para dores no epigastro. O terapeuta em pé atrás do paciente, mão esquerda realiza leve pressão sobre o estômago fazendo movimentos fasciais em diferentes direções na respiração. A mão direita faz pressão constante e firme na espinhosa da 7ª torácica para que haja relaxamento do piloro (COSTER e POLLARIS, 2001).

A técnica de levantamento do estômago (*lifting*) em posição supina é indicada quando há aderências na região do arco

costal esquerdo, ptose do estômago ou alterações respiratórias. O paciente em posição supina com joelhos fletidos. O terapeuta pode ficar em pé do lado direito na altura dos quadris do paciente com os polegares apoiados abaixo do gradil costal esquerdo, na parte superior do estômago. Ou pode ficar em pé na altura do ombro esquerdo com os dedos novamente abaixo do gradil costal, na parte superior do estômago. Assim, durante a fase de expiração, levanta-se o estômago com os polegares ou com os dedos em direção pósterocraneal, sentido do ombro esquerdo. Nesta técnica ocorre relaxamento do epigastro e ocorre recuperação da elasticidade fascial (COSTER e POLLARIS, 2001; DOUGLAS e CISTERNAS, 2004; ARASAKY, 2004).

Esta técnica também pode ser realizada em decúbito lateral direito como variação. Neste caso também é indicada para ptose por influências abdominais como ptose total do abdômen. O terapeuta fica atrás do paciente, mão esquerda plana sobre o estômago e a mão direita sob o paciente debaixo das costelas direitas. Esta mão levanta as costelas na direção do ombro esquerdo. Na fase de expiração, a mão esquerda pressiona o estômago igualmente em direção ao ombro esquerdo. Esta técnica promove a normalização da mobilidade e o trânsito estomacal. Além disso, influencia no reflexo gastrointestinal (COSTER e POLLARIS, 2001).

Para melhorar as contraturas na região epigástrica, melhorar o estresse e diminuir espasmos no estômago utiliza-se a técnica de relaxamento da zona de inervação do plexo solar. Paciente em decúbito lateral direito com a mão esquerda sob o cotovelo direito para estabilizar a cintura escapular. O terapeuta atrás do paciente com a mão esquerda sobre o epigastro, os dedos com pressão levemente aumentada na região da curvatura menor do estômago. A mão direita pressiona com o polegar a sutura occipitomastoidea na região dorsal da apófise mastóide (nervo vago) como ponto fixo. A mão esquerda traciona a região em sentido horário durante a respiração profunda do paciente até que ocorra relaxamento do tecido. A mão direita mantém sua fixação (COSTER e POLLARIS, 2001).

A técnica para omento menor promove flexibilização e melhora da drenagem linfática nos tecidos locais. O terapeuta com a mão sobre o abdômen facilita subcostalmente, ao utilizar a folga criada pela pele e os órgãos superficiais, para a direita em direção à margem costal e por pouco a caixa torácica sobrepõe a mão. O contato abdominal situa-se entre a linha média e a linha medioclavicular direita. O contato também deve permanecer acima da linha horizontal imaginária traçada entre as extremidades das nonas costelas. Isto garante que omento menor e a curvatura menor do estômago sejam contactados. Caso o contato seja abaixo desta linha, parte do estômago ainda será contactada, porém o cólon transversal e outros órgãos também serão encontrados e então a técnica torna-se bem menos efetiva para o omento menor. Este, também pode ser flexibilizado próximo à sua borda livre (o ligamento hepatoduodenal) onde há o ducto biliar, a veia porta e outros vasos e nervos. Estas estruturas também serão flexibilizadas ou mobilizadas durante a técnica. O omento menor também pode ser flexibilizado próximo à sua inserção esofágica ou diafragmática movendo ligeiramente o contato abdominal no sentido da linha mediana e mobilizando em sentido inferior. Isto pode ajudar a liberar o esôfago (STONE *et al.*, 2007).

Tratamento do estômago em sua relação com a cúpula esquerda do diafragma: o paciente deitado em decúbito lateral direito com os joelhos levemente fletidos, o terapeuta em pé na altura do arco costal do paciente a mão esquerda relaxada e plana sobre o arco costal com a

borda do lado direito aproximadamente na região do esfíncter de Oddi. O terapeuta comprime a região costal baixa em direção ao umbigo do paciente. Com a outra mão, o terapeuta tenta fazer contato com a parte pilórica do estômago com a mão horizontal evitando-se usar as pontas dos dedos. Na segunda parte, o terapeuta levanta a região pilórica do estômago como num semi-círculo em direção à curvatura menor através do movimento de ambas mãos em direção uma da outra. Ao fazê-lo o terapeuta evita a opressão da parte pilórica para afetar a região superior do estômago e suas conexões ligamentares com o diafragma. Neste momento, o terapeuta de alguma forma reduz a compressão na caixa torácica e através da ausculta, segue a parte superior do estômago para o fim deste movimento (SHWIND, 2006).

Outra técnica é a intervenção na relação entre o fígado, o estômago, o diafragma e a pleura. O paciente posiciona-se em prono; o terapeuta ao lado do paciente na altura do quadril circunda a região baixa da caixa torácica com ambas as mãos; as pontas dos dedos em direção à apófise xifóide, deve-se evitar pressionar em demasia qualquer costela proeminente ou inelástica. As pontas dos dedos apontam na direção do processo xifóide. Com as palmas, o terapeuta compara o movimento respiratório dos dois lados para verificar se há diferença discernível. Para isto, é necessário suavemente modificar o contato nos dois arcos costais para verificar se a restrição está localizada na região intercostal, na região das conexões do órgão em direção ao diafragma, na região da conexão entre o diafragma e a pleura ou entre o diafragma e o pericárdio. O terapeuta, então, compara a mobilidade dos vários elementos em relação uns com os outros e tenta determinar a localização espacial do maior restrição de movimento. Neste ponto, o terapeuta gentilmente comprime a caixa torácica em direção da restrição até que a contrapressão seja percebida. Neste momento, o terapeuta reduz a pressão na caixa torácica para que ocorra o contra-movimento. O Terapeuta deve segurar o outro lado da caixa torácica com menos pressão para evitar que a fixação no lado a ser tratado seja perdida. (SHWIND, 2006)

Não podemos esquecer de tratar o diafragma. O relaxamento deste músculo, o qual tem contato direto com o estômago, diminuirá as tensões do estômago o que promoverá alívio da irritação. O diafragma também está relacionado às emoções. Muitas emoções e tensões associadas pelos pacientes com a área epigástrica são, na realidade, achados focados no diafragma, quando a pessoa é examinada fisicamente (STONE C., 1999).

O diafragma em lesão pode interferir na passagem dos alimentos para o estômago e, conseqüentemente, levar a dificuldades digestórias. O teste mais pertinente é, primeiro, aplicar tração transversal sobre o centro frênico do diafragma, que é o centro aponeurótico, o tendão central e, em seguida, aplicar tração transversal sobre a parte muscular do diafragma, à direita e à esquerda. Mesmo que o diafragma raramente seja local de lesão primária, é preciso dar-lhe atenção, pois o tratamento deste local pode ser crítico para o tratamento osteopático completo (CHAUFFOUR *et al.*, 2002; STONE C., 1999).

DISCUSSÕES E CONCLUSÕES

Este estudo mostra que o tratamento da gastrite não deve ser considerado de forma isolada. O organismo é uma unidade holônica e precisa ser avaliada e tratada como tal. É preciso pensar no problema em conjunto com todas as partes do corpo que o envolve.

Para isto, o paciente deve ser minuciosamente avaliado para que o terapeuta consiga definir quais as causas e conexões envolvi-

das com o distúrbio estomacal que, obviamente, varia de um indivíduo para outro.

Assim, pode-se concluir que a abordagem osteopática envolve o processo de raciocínio clínico ao coletar informações, interpretá-las e ao formar múltiplas e diferentes hipóteses para cada indivíduo. Através das correlações das informações colhidas na anamnese é que se torna possível reduzir as hipóteses a fim de se decidir qual a melhor técnica e a melhor forma de tratamento.

Sugere-se para trabalhos futuros a realização de pesquisas de caráter experimental afim de que se tenha um melhor embasamento em relação às respostas fisiológicas em doenças viscerais. A quantidade de artigos deste tipo ainda é bastante escassa. É necessário que haja mais pesquisas, também, para retratar respostas com o tratamento através de dados estatisticamente significativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARASAKY, Carlos H. Estômago. In: GAMA-RODRIGUES, Joaquim J.; DEL GRANDE, José C.; MARTINEZ, Júlio C. *Tratado de Clínica Cirúrgica do Sistema Digestório*. 1ª Edição. São Paulo: Atheneu, 2004.
- CHAUFFOUR, Paul.; PRAT, Eric; BUREAU, Monique; BARRAL, Jean-Pierre. **Mechanical Link: Fundamental principles, theory, and practice following an osteopathic approach**. 1ª Edição. California: North Atlantic Books, 2002.
- COSTER, Marc de; POLLARIS, Anнемie **Osteopatia visceral**. 1ª Edição. Badalona: Paidotribo, 2001.
- DIGIOVANNA, Eileen L.; SCHIOWITZ, Stanley; DOWLING, Dennis J. **An osteopathic approach to diagnosis and treatment**. 3ª Edição. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
- DOUGLAS, Carlos R.; CISTERNAS, José R. **Fisiologia Clínica do Sistema Digestório**. 1ª Edição. Ribeirão Preto: Tecmed, 2004.
- DROSSMAN, Douglas A. **Psychosocial Considerations in Gastroenterology**. In: Sleisenger, Marvin H.; Fordtran, Jonh S. **Gastrointestinal Disease: Pathophysiology/ Diagnosis/ Management**. 1ª Edição. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1993.
- FRAÇOIS, Ricard; ALMAZÑ, Franois R. J. S.; SALLE, Jean-Luc; ALMAZÁN, Ginés. **La Osteopatia**. 1ª Edição. São Paulo: Mandala, 1994.
- FRANÇOIS, Ricard; SALLÉ, Jean-Luc. **Tratado de Osteopatia**. 1ª Edição. São Paulo: Robe Editorial, 2002.
- GIANNOTTIFILHO, Osvaldo; ARTIGIANINETO, Ricardo. **Tratado de Clínica Cirúrgica do Sistema Digestório**. In: GAMA-RODRIGUES, Joaquim J.; DEL GRANDE, José C.; MARTINEZ, Júlio C. *Tratado de Clínica Cirúrgica do Sistema Digestório*. 1ª Edição. São Paulo: Atheneu, 2004.
- HEBGEN, Eric. **Osteopatia Visceral: Fundamentos y Técnicas**. São Paulo: Mcgraw-Hill Interamericana, 2005.
- LEITE, Eduardo (2003). **Gastrite**. Gastroajuda. Avaliable: www.gastroajuda.com.br. [3 mar. 2009].
- MCGUIGAN, James E; AMENT, Marvin E. **Anatomy and Developmental Anomalies**. Sleisenger, Marvin H.; Fordtran, Jonh S. **Gastrointestinal Disease: Pathophysiology/ Diagnosis/ Management**. 1ª Edição. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1993.
- MCKONE, Llewlyn W. **Osteopathic Medicine: Philosophy, Principles and Practice**. San Francisco: Wiley-Blackwell, 2001.
- MODI, Rupen G.; SHAH, Naishadh A. **COMLEX review: clinical anatomy and osteopathic manipulative medicine**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
- MOSIER, Andrew D.; KOHARA, Dai. **Osteopathic Medicine Recall**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- NELSON, Kenneth E.; GLONEK, Thomas. **The patient with gastrointestinal problems**. In: NELSON, Kenneth E.; GLONEK, Thomas. **Somatic Dysfunction in Osteopathic Family Medicine**. 1ª Edição. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
- NETTER, Frank H. **Atlas de Anatomia Humana**. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- NORTHUP, Thomas L. **Manipulative Therapy in Gastro-Intestinal Conditions**. In: NORTHUP, Thomas L. **The Northup Book: A memorial Tribute to Thomas L. Northup**. Newark: American Academy of Osteopathy, 1983.
- NORTHUP, Thoms L. **Osteopathy in the Field of Preventive Medicine**. In: NORTHUP, Thomas L. **The Northup Book: A memorial Tribute to Thomas L. Northup**. Newark: American Academy of Osteopathy, 1983.
- PABÓN, Javier A. **Gastritis**. In: ROIG, Guido V. G. **Atualización y Guías de Manejo de las Enfermedades Digestivas**. 1ª Edição. La Paz: CEIGBJ, 2004.
- RIBEIRO, Gilmário P.; MACÊDO, Zilvana P. **A importância da avaliação endoscópica em Pacientes que Deverão Fazer Uso de Antiinflamatórios por Tempo Prolongado**. Revista Paraense de Medicina, 21: 32-35, mar. 2007.
- RODRIGUES, Rita de Cássia; AMARAL, José Luiz G.; AMARANTE, Gustavo A. J.; ISSY, Adriana M. **Lesão da Mucosa Gástrica Induzida pelo Estresse**. In: GAMA-RODRIGUES, Joaquim J.; DEL GRANDE, José C.; MARTINEZ, Júlio C. *Tratado de Clínica Cirúrgica do Sistema Digestório*. 1ª Edição. São Paulo: Atheneu, 2004.
- RUMMEY, Ira C. **The Relevance of Somatic Dysfunction**. In: PETERSON, Barbara. **Year Book of the American Academy of Osteopathy**. Colorado: American Academy of Osteopathy, 1976.
- SAMMUT, Emanuel; SEARLE-BARNES, Patrick. **Osteopathic Diagnosis**. Cheltenham: Nelson Thornes, 1998.
- SHWIND, Peter. **Fascial and Membrane Technique: A manual for comprehensive treatment of the connective tissue system**. 1ª Edição. Livingstone: Churchill Livingstone, 2006.
- STONE, Caroline A.; BARRAL, Jean-Pierre.; WILLIAMS, Amanda; Kuchera, Michael L. **Visceral and Obstetric Osteopathy**. 1ª Edição. Amsterdam: Elsevier Health Sciences, 2007.
- STONE, Caroline. **Science in the Art of Osteopathy: Osteopathic Principles and Practice**. Cheltenham: Nelson Thornes, 1999.
- VILELLA, Moacyr P.; KONDO, Mario; CURVÊLO, Lilian A. **Aspectos Clínicos** In: GAMA-RODRIGUES, Joaquim J.; DEL GRANDE, José C.; MARTINEZ, Júlio C. *Tratado de Clínica Cirúrgica do Sistema Digestório*. 1ª Edição. São Paulo: Atheneu, 2004.
- WARD, Roberto C.; HRUBY, Raymond J.; JEROME, John A. **Foundations for osteopathic medicine**. 2ª Edição. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.