



doctormanos00@gmail.com

## CICATRIZ TÓXICA

(Técnica personal) 31-ene-2008

En terapia neural, es bien conocido el axioma de que cualquier cicatriz puede ser un foco irritativo o campo de interferencia. Si ello se confirma, es preceptivo su tratamiento.

Si seguimos la tesis de René Leriche, cualquier cicatriz, en cualquier momento puede provocar dolor o alteraciones en su proximidad o a distancia La chirurgie de la douleur. Leriche proponía el tratamiento sistemático de todas las cicatrices a pesar de no ser demostrativas en el protocolo de examen de las mismas; sobretodo si los tratamientos efectuados para la disminución del dolor resultan infructuosos.

Existen múltiples maneras de abordar el tratamiento de una cicatriz, con o sin el concurso de artes quirúrgicas.

Señalar que la inyección, de momento y en la actualidad es un acto terapeutico legalmente reservado en nuestro ambiente al personal médico y de enfermería. Desde la perspectiva estrictamente legal, habría que discutir si ello también es así en el caso de las punciones, lo que afectaría a técnicas como la acupuntura.

Una cicatriz puede “romperse o ablandarse” con técnicas manuales sin necesidad de aplicar objetos punzantes que rasguen o atraviesen la dermis. La habilidad del terapeuta manual puede lograr “silenciar” ésta y volverla inactiva.

## TRATAMIENTO GLOBAL DE UNA CICATRIZ EXTENSA

Cuando en los Talleres de medicina manual explicamos la técnica, pocas veces disponemos del material y voluntariado para poder hacer una demostración in situ.

Bien es cierto que una cicatriz de estas características puede ser tratada con pequeñas punciones intradérmicas sobre ella, recorriéndola en toda su longitud. Es la técnica que usan la mayoría de neuralterapeutas y aquellos que no tienen hábito quirúrgico. Da sensación de mayor “seguridad” ante la posibilidad de dañar estructuras cercanas; pero el inconveniente de dejar un rosario de punciones “sangrantes”, si bien es cierto no tiene porqué contaminarse.

Preferimos abordar las cicatrices lineales extensas sospechosas de manera subcutánea-intradérmica, deslizando toda la longitud de la aguja desde uno de sus extremos hasta alcanzar el máximo que ésta permita.



Previamente desinfectamos todo el trayecto y su alrededor.

Para insertar en un extremo la aguja, introduciéndola en toda su longitud bajo la cicatriz.



La mayoría de las veces, la piel “agarra” la aguja, ofreciendo resistencia, a veces considerable, cuando pretendemos retirarla.

Una vez introducida, inyectamos lentamente la procaina a la vez que retiramos la aguja suavemente, insistiendo e inyectando un poco más de producto en los “momentos” y las zonas en que notamos que la cicatriz “tira” de la aguja y la retiene para sí.



Una vez retirada totalmente, aprovechamos la zona “insuflada” distal para volver a introducir la aguja y seguir con ella por el trayecto de la cicatriz.



Llegados a la máxima longitud que nos permite el dispositivo, repetimos el proceso de retirar la aguja a la vez que inyectamos la procaina, deteniéndonos en las zonas en las que se siente mayor tracción de la cicatriz.

Este proceso lo repetimos hasta abarcar toda la longitud cicatricial, sin sobrepasar nunca en dosis los 30cc de procaina clorhidrato.

Cierto es que con esta técnica inyectamos mucha más cantidad de producto, pero la experiencia nos permite observar que logramos “romper” mucho más la cicatriz (efecto mecánico añadido), y habitualmente no es necesario repetir en posteriores sesiones el tratamiento (dos a lo máximo).