

ENCARE MULTIDISCIPLINARIO DE LA DORSOLUMBALGIA

Cap.(M) Bruno Ligugnana

Adjunto a la Dirección Técnica de la D.N.S.FF.AA.

Tte.1° (M) Sergio Rodríguez de los Santos

Traumatólogo del H.C.FF.AA.

Tte.1° (M) Jorge Coitinho

Traumatólogo Reg.Cab.Bldo. N°5

SUMMARY

Low back pain is so frequent that the 90% of the population has suffered from it.

Most of the times is autolimited, in a 90% of the cases.

In the 85% of the cases, the cause remain unknown, probably mechanic.

The majority are acute low back pain, and disappear before two months.

Clinics has no correlation with pathology or imagenology.

Less than 10% has a well-determined organic cause.

Less than 5% evolve into a chronic low back pain.

Chronic Lumbar Pain (C.L.P) is based on a very important psycho-emotional component and it constitutes the 85 % of the lumbar pain cost.

The best treatment for C.L.P. is prevention.

Prevention and treatment must be in charge of a multidisciplinary team.

Lumbar pain treatment is conservative in the 97% of the cases.

Surgery treatment is ineffective in the 20 or 30% of the cases.

RESUMEN

La lumbalgia es tan frecuente, que un 90% de la población la ha sufrido.

La mayoría de las veces es autolimitado, en un 90% de los casos.

El 85% de los casos es de causa desconocida, probablemente mecánica.

La mayoría son Lumbalgias Agudas, que desaparecen antes de los 2 meses.

La clínica no tiene correlación con la patología, ni con la imagenología.

Menos de un 10% tienen una causa orgánica bien determinada.

Menos de un 5%, evolucionan hacia una Lumbalgia crónica.

El dolor lumbar crónico (DLC) tiene en su base un componente psico-emocional muy importante y constituye el 85% del costo por dolor lumbar.

El mejor tratamiento del DLC es la prevención.

La prevención y tratamiento debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario.

El tratamiento del dolor lumbar es conservador en un 97% de los casos.

El tratamiento quirúrgico es desfavorable, en un 20 a 30% de los casos.

INTRODUCCION _____

Los autores del presente trabajo monográfico persiguen los siguientes objetivos:

- 1) Actualizar los conceptos referidos a la etiopatogenia de la patología dolorosa de la columna dorso lumbar.
- 2) Dar pautas de diagnóstico y tratamiento que le permitan al Médico General tener un manejo práctico de los pacientes con un síndrome doloroso de columna.
- 3) Prevenir la evolución a la cronicidad e incapacidad y con ello bajar costos de estudio y tratamiento.

La lumbalgia será el tema central de nuestro trabajo por ser la zona de localización más frecuente del sufrimiento de la columna.

Cuando el Homo Erectus asumió la estrategia de la bipedestación, marcó un cambio cualitativo en su evolución, que lo diferenció del resto de los primates con los que compartía los recursos del planeta, dando origen a las líneas evolutivas que desencadenaron en el Homo Sapiens. Dicha estrategia ha demostrado sin duda alguna su efectividad; pero a cambio de ello, generó una alteración de la biomecánica de nuestra columna vertebral, que le ha reclamado el cambio, en la forma de dolor.

Hallazgos paleontológicos indicarían ya en épocas prehistóricas que el Hombre habría intentado las primeras terapias dirigidas al dolor lumbar a través de la inmovilización y el uso de piedras calientes como tratamiento termoanalgésico (4)

Si bien el ser humano ha convivido desde entonces con el "dolor de columna", las sociedades occidentales durante el siglo XX, asistieron a un fenómeno hasta entonces desconocido: la incapacidad asociada al dolor lumbar.

En el amanecer del Siglo XXI, este fenómeno ha alcanzado características de epidemia y es origen de un gran sufrimiento físico y psíquico, del que emanan cuantiosas pérdidas económicas, laborales y sociales.

Los integrantes de las Fuerzas Armadas, dada su especial formación, están expuestos, no sólo a padecer la enfermedad, sino sufrir sus consecuencias en forma de incapacidad laboral.

En un trabajo monográfico del Dr. Quintas, realizado en el Servicio de Comisiones Médicas de la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas, durante el trienio 1998-2000, se estudió la "Distribución de las incapacidades laborales según las causas". Se constató, que la patología de la columna, constituyó la primera causa de incapacidad incompleta, con un 25% del total y la tercera causa en frecuencia dentro de las incapacidades completas, con un 8.3% del total.

La prevención en todos sus niveles es fundamental para evitar, en primer término el padecimiento y, en último término, sus secuelas. Para ello es indudable la importancia que adquiere el adecuado diagnóstico y tratamiento oportuno. Es en ese sentido que se dirige el presente trabajo, primordialmente en lo que depende del segundo objetivo planteado, que de cumplirse, colmaría las expectativas de los autores del mismo

MARCO CONCEPTUAL _____

► Anatomía Funcional de la Columna Vertebral

La unidad anatomo - funcional del raquis o segmento móvil de la columna, está constituido por dos vértebras adyacentes y los ligamentos que las conectan. La biomecánica de la columna está dada por la suma de dichas unidades, donde se reconocen dos sectores con funciones mecánicas diferentes pero complementarias:

- a) La columna anterior, formada por los cuerpos vertebrales y los discos intervertebrales (anillo fibroso y núcleo pulposos), unidos por los ligamentos longitudinales anterior y posterior. Este es el sector de movimiento, que soporta cargas de compresión.
- b) La columna posterior formada por las láminas, pedículos y apófisis, unidas por las articulaciones interapofisarias y ligamentos amarillo e ínter espinoso. Este sector soporta sobretodo fuerzas de tensión y actúa como guía del movimiento de la bisagra disco vertebral.

El equilibrio, el movimiento y la estabilidad del raquis, sólo es posible gracias a la acción sinérgica y

coordinada de toda la musculatura del tronco y de las cinturas escapulares y pelvianas.

Los grupos musculares, constituyen cadenas cinéticas, que se extienden desde la base del cráneo hasta los pies y un desequilibrio a nivel de cualquiera de sus eslabones, es capaz de generar y/o automantener un síndrome doloroso de columna.

Además de su función de sostén y movimiento, la columna tiene la función de protección de los elementos neurales que transcurren a través de ella y cualquier patología que ocupe este estuche óseo puede terminar en un compromiso neurológico.

DEFINICION _____

La Lumbalgia (L) o Dolor Lumbar no es una enfermedad, es un síntoma que topografía el dolor en la región lumbar baja; que puede ser producido por muchas enfermedades, ya sean estas, de origen visceral u originadas en la columna.

La Lumbalgia forma parte de un síndrome doloroso lumbar, constituido por signos y síntomas como son: el dolor lumbar, la impotencia funcional y la contractura muscular; que puede estar localizado exclusivamente en la región lumbar o comprometer además la región cervical, dorsal, glútea y los miembros inferiores.

► Clasificación Clínica de las Lumbalgias:

Creemos que es práctico, para tipificar una lumbalgia o dolor lumbar, usar las dos siguientes clasificaciones:

1) *De acuerdo al tiempo de evolución.*

2) *De acuerdo a las características clínicas del dolor.*

1) *De acuerdo al tiempo de evolución las clasificamos en:*

a) AGUDA: Cuando el tiempo de evolución de la enfermedad no supera los 3 meses

b) CRÓNICA: Cuando su evolución es mayor de 3 meses.

2) *De acuerdo a las características clínicas del dolor.*

Esta clasificación está basada en la relación del dolor con el movimiento, la postura y el reposo.

a) Lumbalgias Mecánicas.

Son aquellas lumbalgias que están en relación con los movimientos y cambios de postura y que en general mejoran con el reposo. Si bien, el paciente puede relatar que le duele de día y de noche; en la noche en general puede conciliar el sueño, adoptando una posición en la cama, que le alivia parcialmente “de a ratos”. No se mantiene con gran intensidad más allá de 3 semanas, excepto cuando existe un dolor radicular.

Las L. Mecánicas, constituyen el 90% de las lumbalgias. Responden a una patología benigna; que asienta en la estructura osteoarticular y muscular del raquis, la mayoría de las veces inespecífica, de causa no bien determinada. En general, son autolimitadas, retrocediendo en el 80% de los casos, durante el primer mes de tratamiento. Tienen tendencia a recurrir y el aumento del número de estas recurrencias, es un signo de alerta, por su probable evolución a la cronicidad e incapacidad, lo que puede ocurrir en un 10% de los casos aproximadamente.

b) Lumbalgias no mecánicas.

Constituyen menos del 10% de las lumbalgias, pero es muy importante su pesquisa, porque traducen una causa orgánica, muchas veces grave.

El dolor es permanente, no tiene relación con el movimiento, no disminuye en reposo, sino que por el contrario, aumenta con el reposo nocturno; impidiendo conciliar el sueño. El dolor lumbar suele mantenerse con intensidad progresiva más allá de las 3 semanas de evolución, a pesar de un tratamiento analgésico bien instituido.

ETIOPATOGENIA _____

► Lumbalgias NO MECANICAS:

Las lumbalgias no mecánicas pueden ser de causa:

1) *Tumoral*

Los tumores malignos (TM) son los más frecuentes, predominando dentro de ellos las metástasis.

Las metástasis más frecuentes son las de mama, próstata y pulmón. Dentro de los tumores primitivos, predomina el Mieloma Múltiple.

Se debe sospechar siempre un TM, cuando estemos frente a un paciente mayor de 60 años con una Lumbalgia no mecánica, sin antecedentes previos de dolor lumbar o ante un paciente con antecedentes de un neoplasma primitivo conocido, sobre todo si se trata de un carcinoma.

2) Infecciosas

Ante un paciente con dolor lumbar, síndrome tóxico-infeccioso, repercusión general, y rigidez o bloqueo agudo de columna; debemos pensar siempre en una infección vertebral, que por frecuencia sería bacteriana inespecífica, con franco predominio del estafilococo dorado.

Dentro de las de etiología bacteriana específica: la disquespondilitis B.K, siendo el Mal de Pott su máxima expresión.

Las lumbalgias de causa parasitaria, en nuestro país, el Quiste Hidático es el más frecuentemente involucrado.

Raramente la micosis, es causa de dolor lumbar.

Las Lumbalgias no mecánicas de causa tumoral o infecciosa, pueden dar dolor radicular ya sea por compresión o irritación, pero generalmente existe correlación entre la clínica y la imagenología.

3) Viscerales

La Lumbalgia puede estar referida a la patología de órganos viscerales vecinos.

El Dolor Lumbar generalmente se acompañará de sintomatología que oriente hacia el aparato involucrado: sistema digestivo, genito-urinario, pleuropulmonar coxopatía, etc.

Frente a un paciente añoso, con antecedentes cardiovasculares, que presenta una lumbalgia, debemos sospechar siempre un aneurisma de aorta en sufrimiento, que constituye una verdadera emergencia quirúrgica.

4) Inflamatorias

Son aquellas lumbalgias en la que existe un proceso inflamatorio crónico, de las estructuras osteoarticulares del raquis, como la espondiloartritis anquilosante o pelvispondilitis reumática osificante y otras artropatías de la esfera médico-reumatológica.

Una lumbalgia tenaz en una persona joven, jamás debe ser tenida por banal, antes de haber eliminado dos afecciones: El Mal de Pott y Espondiloartritis (11)

5) Otras causas

Relacionadas con enfermedades sistémicas de causa endocrina, metabólica o hematológica.

► Lumbalgias MECANICAS:

Las causas de las Lumbalgias mecánicas sólo son demostrables en un 10% a un 15% de los casos. Muchas veces tenemos la orientación diagnóstica de la causa, pero no la certeza de la misma.

No hay correlación entre la clínica y la patología.

Las Lumbalgias Mecánicas (LM), dan cuenta de más del 90% del total de las lumbalgias y ocurren durante la vida más activa del individuo, entre los 20 y 60 años de edad.

No hay correlación entre la clínica y la imagenología. Como lo demostró Scott Boden en 1989, quien realizó resonancia nuclear magnética (RNM) en 67 pacientes asintomáticos y encontró anomalías importantes en un tercio de los casos. El 20% de los individuos menores de 60 años presentaban hernia de disco. El 57% de los individuos mayores de 60 años tenían RNM anormales, mostrando herniación discal en el 36% de los casos.

Borenstein 10 años más tarde en 1998, realizó el seguimiento de los mismos pacientes que habían presentado una lumbalgia en la evolución y comprobó que la mitad de los casos habían presentado una RNM anormal y que la otra mitad tenían una RNM completamente normal, con lo cual concluyó que este estudio, tampoco tiene valor pronóstico.

Creemos que puede ser útil usar una clasificación clínica de las Lumbalgias Mecánicas, que en algunos casos nos puede orientar a la etiopatogenia

- 1) Lumbalgia pura.
- 2) Lumbalgia con dolor radicular.
- 3) Lumbalgia con dolor no radicular (referido desde la columna lumbar).
- 4) Lumbalgia post-traumática.
- 5) Lumbalgia atípica o psicógena.

1) Lumbalgia pura, puede orientar a una causa muscular (lo más frecuente), o a una causa más discutida, como son las alteraciones morfológicas del disco intervertebral y que algunos autores llaman “dolor de tipo discogénico”. La degeneración discal y las protrusiones discales, ambas conocidas como discopatías, son consideradas por la mayoría de los autores como producto del envejecimiento fisiológico del disco con la edad y no una enfermedad. Sabido es, que muchos individuos tienen estas alteraciones morfoestructurales del disco intervertebral y nunca han tenido dolor. Por estas razones no está claro que la degeneración discal sea causa de dolor lumbar.

2) Lumbalgias con dolor radicular, que orientan a un conflicto mecánico, que comprime la o las raíces nerviosas, dentro de los cuales tenemos la hernia discal y el canal lumbar estrecho, planteando siempre como diagnóstico diferencial las compresiones de causa tumoral.

3) Dolor en miembro inferior referido de la columna lumbar. El dolor habitualmente se irradia a glúteos y muslo hasta la rodilla. No tiene una irradiación radicular típica, que siga una distribución por el dermatomo correspondiente. Este tipo de dolor nos puede orientar hacia un grupo de causas que pueden producir Lumbalgias Mecánicas:

a) Afectación de las pequeñas articulaciones facetarias interapofisarias de causa degenerativa artrósica.

b) Espondilolisis y espondilolistesis del adolescente. La espondilolisis es la fractura por estrés del cuello o istmo de la apófisis articular inferior de la vértebra superior, que por frecuencia es L5-S1. Puede ser unilateral y luego hacerse bilateral. Cuando se hace bilateral, puede desaparecer el dolor o puede evolucionar a una espondilolistesis. La espondilolistesis es el desplazamiento de la vértebra superior sobre la inferior; ocurre por frecuencia en el espacio L5-S1 y es autolimitada.

c) Espondilolistesis del paciente mayor de 55 años; también conocida como Seudoespondilolistesis de causa degenerativa artrósica. Ocurre sobretodo en mujeres obesas. Por frecuencia el espacio afectado

es el L4-L5. El desplazamiento se evalúa en grados del I al IV, midiéndolo en porcentajes que van del 25% al 100% respectivamente. Este desplazamiento puede ser causa de un síndrome de canal estrecho lumbar, sobretodo cuando el desplazamiento es mayor de un 75%. Puede ser causa de dolor lumbar por inestabilidad mecánica.

d) Afectación de la articulación sacroilíaca, de causa degenerativa artrósica, planteando como diagnóstico diferencial causas inflamatorias como la espondilitis anquilopoyética.

e) Sobrecarga funcional. Es una causa muy frecuente, de lumbalgia mecánica. Existe un desequilibrio biomecánico de la columna, sin alteración estructural. Pueden ser debidas a un alteración de la estática como es la exageración de la curvatura normal lumbar o hiperlordosis. La mayoría de las veces las causas son el desequilibrio muscular dado por hipotonía de la “cincha” abdominal con hipertonia de la musculatura extensora paravertebral lumbar, sobretodo cuando ocurre en pacientes sedentarias y obesas.

4) Lumbalgia postraumática

a) Originada en grandes traumatismos: fractura vertebral y hernia de disco post-traumática.

b) Originada en pequeños traumatismos: fractura por osteoporosis, muy frecuente en el geronte.

5) Lumbalgia atípica o psicógena

El dolor lumbar siempre se acompaña de contractura en la región cervical. Puede comprometer también la región dorsal constituyendo un síndrome cervico-dorsolumbar que algunos autores, denominan “raquialgia”. La causa psicoemocional se encuentra en la base etiopatogénica de éste tipo de lumbalgia.

Deben detectarse los pacientes que poseen un perfil psicológico especial, con gran componente psico-afectivo del dolor y un grado de discapacidad superior al que se podría esperar por su signología, ya que formarán un grupo especial de pacientes, con una evolución hacia la cronicidad e incapacidad asociada.

Debemos aclarar que existe dolor de causa psíquica, pero no existe el dolor imaginario. El dolor siempre es

real para el que lo padece y ostenta la contundencia de todo aquello que se experimenta en el cuerpo (1)

Las manifestaciones de “conducta anormal de enfermedad”, junto a los “signos no orgánicos de Waddell” constituyen elementos valiosos, para orientarnos en el diagnóstico de este tipo de lumbalgia y que veremos en la anamnesis y en la exploración física, respectivamente.

CLINICA

La Lumbalgia es un síntoma tan frecuente, que el 90% de la población, la sufrirá en algún momento de su vida entre los 20 y los 60 años de edad. Su frecuencia ha sido comparada con la frecuencia de los cuadros catarrales respiratorios virales

En el 90% de los casos será autolimitada, y desaparecerá durante el primer o segundo mes de evolución, independientemente del tratamiento realizado.

Las lumbalgias de tipo mecánico constituyen más del 90% de todas la lumbalgias.

En la gran mayoría de las Lumbalgias no existe una correlación entre el dolor y la patología (3).

Algunos pacientes, manifiestan un terrible dolor, sin ningún signo al examen físico; otros viven y trabajan confortablemente con forámenes vertebrales tan estrechos, que los nervios espinales, difícilmente pueden escurrirse entre ellos (3).

La antigua frase: “la clínica es soberana”, adquiere en el síndrome doloroso de columna, su máxima expresión y vigencia y se ven reafirmadas en las palabras de Bernard Lown, Premio Nóbel de Medicina: “El 75% de los problemas que el médico ve en su consulta, se debe al uso y desgarró a que lleva el vivir y esto no se puede diagnosticar por la paraclínica”

Solamente por la clínica, el médico práctico puede llegar a tener una orientación diagnóstica en un 80% de los casos, dentro del primer mes de tratamiento y seguimiento; sin necesidad de recurrir a la paraclínica.

HISTORIA CLINICA

► Anamnesis

La mayor parte de los diagnósticos de presunción, de los pacientes con enfermedades lumbares, son el resultado de una anamnesis cuidadosa. Estos diagnósticos se delimitan con mayor precisión con la ayuda de una adecuada exploración física y en forma secundaria con las pruebas complementarias pertinentes.

El dolor es el síntoma más frecuente en los síndromes lumbares. Es de gran importancia diferenciar entre el dolor lumbar y el dolor en el miembro inferior. Este último puede estar referido desde la columna lumbar o ser claramente radicular o debido a una claudicación neurológica.

El dolor referido desde la columna lumbar habitualmente se extiende desde los glúteos al muslo hasta rodilla, ocasionalmente se puede extender hasta la pantorrilla. No es un dolor radicular. El 75% de los pacientes con lumbalgia refieren dolor irradiado, sin tener dolor radicular.

El dolor radicular se irradia distal a la rodilla y sigue el patrón de distribución del territorio de la raíz afectada.

Como método de ayuda para diferenciar el dolor de origen lumbar del de origen radicular, puede servir la constatación de la intensidad relativa, es decir, el porcentaje de dolor que el paciente atribuye al dolor lumbar y al dolor de la pierna.

Como ya fue mencionado, el patrón doloroso de los pacientes con radiculopatía es característico, dependiendo de la raíz afectada.

La afectación de la raíz L5 da lugar a una distribución del dolor por la cara lateral de la pantorrilla hasta el dorso del pie y el primer dedo del pie.

En la afectación de la raíz S1 el dolor corre por la cara posterior de la pantorrilla, hacia la planta y el borde externo del pie.

La afectación de la raíz L3-L4 se manifiesta por dolor en la cara antero-lateral del muslo. Debe diferenciarse del dolor en la cara anterior del muslo hasta rodilla, indicativo de afecciones de la cadera, una

neoformación retroperitoneal o de una compresión del plexo lumbar por una masa.

La hipoestesia o anestesia **perianal** y la presencia de **sintomatología urinaria**, como retención, incontinencia o pérdida de la sensación de llenado vesical, son sugestivos de la existencia de un síndrome de cauda equina o cola de caballo, lo que constituye, una de las raras indicaciones de cirugía raquídea urgente.

En ocasiones el **dolor en el miembro inferior** se transforma en el síntoma *princeps*, a pesar de que su origen haya sido lumbar. Esto puede ser sugestivo de que el dolor original fue secundario a una rotura del disco intervertebral, que luego produjo una compresión o irritación de la raíz nerviosa, que por su naturaleza, causa un dolor de mayor intensidad relativa (5).

El siguiente paso en la anamnesis, es determinar la relación del dolor con la **posición y el movimiento**.

En los pacientes con **hernia discal** es frecuente que el dolor ciático aumente durante la sedestación, mejorando con el decúbito o la bipedestación. Los pacientes con dolor lumbar mecánico, suelen contar una larga historia de dolor relacionado con actividades como levantar peso, flexionarse o cambiar de posición.

Los pacientes con **estenosis del canal lumbar** presentan **claudicación neurogénica** y suelen referir la existencia de dolor lumbar, glúteo o radicular en el miembro inferior, que aparece cuando el paciente está en bipedestación o caminando, mejorando cuando se sienta o se flexiona. Estos pacientes presentan el signo del “carro de supermercado” positivo, es decir que se flexionan sobre el carro, cuando realizan las compras, ya que les alivia el dolor.

La diferenciación entre la claudicación neurológica y vascular es fundamental. En ambos, la marcha desencadena el dolor en la pantorrilla, pero, en la de origen neurológico, es imprescindible para disminuir el dolor, no sólo el detener la marcha, sino que debe adoptar la sedestación para disminuir la lordosis lumbar. Una prueba de provocación útil, es el test Van Gelderan: cuando el dolor es de

origen vascular, la utilización de la bicicleta desencadena dolor, ya que precisa un mayor aporte vascular en la pantorrilla; si el dolor es secundario a un problema neurológico, éste ejercicio no despierta dolor, ya que la sedestación disminuye la lordosis, con lo que se abren los agujeros de conjugación, liberando la compresión neurológica.

El dolor lumbar mecánico puro, es el dolor bien localizado y limitado a la zona central de la región lumbar, sin irradiaciones. Aumenta con la flexión; con los esfuerzos; con la marcha; con la sedestación y con la maniobra de Valsalva. Disminuye con la bipedestación y con el decúbito. Orienta a una causa muscular por sobrecarga; fatiga o desgarro; o a una causa discal.

Cuando estamos frente a un dolor lumbar referido a glúteos, cresta ilíaca, cara anterior de muslo; trocánter y cara externa de extremidades; que aumenta con la **hiperextensión de la columna lumbar**, con las posiciones prolongadas de bipedestación y con el decúbito y disminuye con la marcha y el ejercicio: nos orientamos a una afectación de las estructuras vertebrales posteriores, sobretodo de las facetas articulares. Muchos autores, llaman a este dolor, **síndrome facetario**, aunque no halla correlación anatomo-clínica.

En la anamnesis se debe descartar también, el **dolor lumbar con rigidez matutina** en un varón joven que oriente a una espondilitis anquilosante.

Debemos detectar precozmente los factores predisponentes de cronicidad:

1) Experiencias tempranas en la vida y personalidad, que será evaluado por el psiquiatra. Cuadros psicopatológicos en los que el dolor puede ser un síntoma, dentro de los cuales el estado depresivo es uno de los más frecuentes. Está demostrado que el dolor y la depresión comparten el sistema de transmisores neuroquímicos, que se encuentran en estrecha interconexión con los centros de la afectividad y memoria. El concepto es, que el dolor puede ser tanto causa como consecuencia de la depresión. **“El dolor puede aparecer como único síntoma de una depresión” (1)**

El psiquiatra debe descartar otros trastornos mentales como es el trastorno por dolor (6)

2) Conducta anormal de enfermedad, donde la evaluación subjetiva que hace el paciente de su enfermedad, no coincide con la evaluación objetiva del médico. Este comportamiento se puede detectar clínicamente por las **manifestaciones de la conducta anormal de enfermedad**, que son:

- a) Demanda de cuidado y atención excesivos al médico y al entorno.
- b) Pasividad y desamparo.
- c) Sumisión excesiva acrítica frente a cada acción del médico.
- d) Hostilidad velada; evidente pero negada.
- e) Amenaza de ser dañado o abandono en el tratamiento.
- f) Querulancia: discusiones frecuentes sobre los tratamientos .
- g) Tendencia a generar conflictos entre los miembros del equipo médico.
- h) Puerilidad: alta tendencia a la regresión (1).

3) Sucesos vitales estresantes y soporte social.

Se consideran como factores codeterminantes de la evolución de cualquier enfermedad crónica.

a) Los sucesos vitales estresantes (SVE) son aquellos acontecimientos de la vida de una persona, con significado positivo o negativo para quien las transita, que le exigen poner en juego su capacidad de adaptación. Pueden ser agudos y positivos como la obtención de un título o crónicos y negativos como la pobreza.

No hay SVE específicos para el dolor crónico, pero los que se encuentran con más frecuencia asociados con él, son los problemas conyugales y financieros, duelos, dificultades laborales y ocasionales, situaciones de conflicto familiar, etc.

Estas situaciones estresantes, generan conflicto y ansiedad. El consumo de medicación; alcohol; drogas y una conducta anormal de enfermedad, pueden ser formas de escape de estas situaciones .

b) Soporte Social. Es un factor de protección importantísimo. Los pacientes demandan permanentemente contención psico-afectiva de familiares y amigos; demandan protección por los sistemas de seguridad social tanto sanitarios como financieros y todas las formas de protección social. El porcentaje más elevado de Dolor Lumbar Crónico se ve en los individuos que tienen subsidios laborales (1).

► Exploración clínica

La exploración clínica, permite estrechar el terreno respecto al diagnóstico de presunción al que se ha llegado con la anamnesis. Durante la anamnesis, ya hemos tenido oportunidad de observar el aspecto del paciente. Si estamos frente a un enfermo pálido; adelgazado; febril que nos oriente a una enfermedad orgánica o por el contrario, es un obeso y/o tiene un buen estado general .

La facies, es la carta de presentación que nos habla de la actitud o conducta que el paciente asume frente a su dolor.

El paciente puede relatar que presenta un dolor intenso, y notamos que tiene un gesto de dolor acorde; que se mantiene durante toda la consulta, que se exagera frente a los mínimos movimientos y lo obliga a buscar una posición antálgica.

Hay pacientes que prefieren quedarse “parados” cuando el médico lo invita a sentarse, por que la sedestación le aumenta el dolor. Esta simple observación ya nos descarta un gran grupo de lumbalgias, como son las Lumbalgias Atípicas. En éstas, los pacientes no tienen una facies acorde al dolor; se quejan de que el dolor es insoportable; pero se suben a la camilla de examen, con relativa facilidad, sin presentar un gesto de sufrimiento. Son pacientes que sienten su dolor, pero su facies es inexpresiva para ese tipo de sufrimiento y si no lo manifestaran verbalmente, el entorno familiar difícilmente se daría cuenta. Suelen quejarse de que no les creen que tienen dolor. Tienen más facies de ansiedad y/o depresión, que de dolor; y pueden tener algunas de las “manifestaciones de la conducta anormal de enfermedad “.

Al examinar el paciente desnudo con ropa interior, completamos la impresión clínica del estado general.

Observamos las curvaturas fisiológicas del raquis, con el paciente parado de perfil; puede tener una disminución de la lordosis lumbar por contractura antálgica o una hiperlordosis lumbar que pueda orientar a una lumbalgia por sobrecarga.

Un raquis en flexión con pérdida total de la lordosis lumbar y cervical (columna en caparazón de tortuga), con flexión de caderas y rodillas orienta en un paciente joven a una espondilitis anquilopoyética.

El paciente con un dolor orgánico, se moviliza con dificultad, adopta un actitud antálgica en flexión y/o una actitud escoliótica dada por una lateralización del tronco y si tiene un dolor radicular, se apoya más sobre un miembro en forma involuntaria. En cambio, el paciente con una L. Atípica, se mueve con soltura y suele presentar tres o más de los siguientes cinco signos no orgánicos de Waddell:

1) Dolor inespecífico a la palpación; por ejemplo: “el pellizco”, que no sigue un trayecto o estructura anatómica concreta; el dolor no justificado a la palpación en una zona anatómica muy amplia, como por ejemplo, la palpación de todas las apófisis espinosas o la musculatura paravertebral de todo el raquis.

2) Test de simulación. Consiste en realizar maniobras que no tienen porque ser dolorosas en patología de columna lumbar; por ejemplo: dolor despertado por la compresión axial de la cabeza del paciente; o dolor al rotar suavemente la pelvis o los hombros con el paciente parado.

3) Test de distracción. Maniobras exploratorias que antes habían sido positivas; cuando las realizamos bajo distracción del paciente se hacen negativas.

4) Signos regionales. Son signos que carecen de base anatómica o fisiológica; por ejemplo: alteraciones de la sensibilidad sin trayecto anatómico alguno.

5) Hiperreacción o conducta de reacción excesivas de dolor durante las maniobras exploratorias.

Continuando con la exploración física, es importante buscar contracturas musculares; la contractura de la región lumbar orienta a una afectación localizada; en cambio, si la lumbalgia se acompaña de contractura cervical y de los músculos elevadores del hombro, orienta a una L. Atípica.

El siguiente paso es explorar el arco de movilidad. Los pacientes con hernia discal suelen sentir dolor ciático durante la flexión, de la columna lumbar; mientras que los que sufren una estenosis del canal lumbar, tienen ese dolor durante la extensión, como consecuencia de que éste movimiento genera un estrechamiento de los agujeros de conjugación y del canal raquídeo, comprimiendo las raíces afectadas, lo que origina la ciática. La positividad de éste signo puede ser el único hallazgo exploratorio en un paciente con estenosis del canal.

El dolor de tipo “facetario” también aumenta con la hiperextensión, pero, habitualmente es un dolor no radicular y mejora con la marcha a diferencia de la estenosis del canal, que presenta una “claudicación dolorosa”.

Cuando los movimientos activos y pasivos de la columna lumbar, están limitados, tanto en la flexoextensión como en los movimientos laterales, por contractura dolorosa, decimos que estamos frente a un paciente con un “bloqueo de columna”, que es involuntario y no se ve en las L. Atípicas.

Es necesario realizar una exploración neurológica adecuada, ya que la distribución de la clínica dolorosa secundaria a compresiones radiculares, suele ser fácil de determinar.

Debemos explorar, tono, fuerzas, sensibilidad y reflejos. Siendo siempre el tono y los reflejos osteotendinosos, los de mayor objetividad para el clínico.

A continuación, le pedimos al paciente que se pare de puntas de pie, para evaluar la fuerza del gemelo-sóleo, con lo cual exploramos el territorio de la raíz **S1**. Luego, solicitamos, que se pare en talones realizando la dorsi-flexión del pie a través de los músculos antero-externos de pierna, territorio inervado por la raíz **L5**. La

flexión anterior del muslo contra resistencia explora la fuerza del cuádriceps, dependiente de la raíz **L4**.

Con el paciente en la camilla, buscaremos los signos de irritación radicular con las maniobras de estiramiento de las raíces.

La presencia o ausencia de signos de estiramiento radicular es el hallazgo más importante en pacientes en los que se sospecha una hernia discal. Por ejemplo en una serie de 2.157 pacientes con hernia de disco, constatada quirúrgicamente, el signo de Laségue fue positivo en el 97% de los casos; cuando la hernia discal estaba localizada en el espacio L5-S1, la positividad fue del 98% y de 97% cuando se localizaba en el espacio L4-L5.

La frecuencia de positividad disminuye con la edad. En los pacientes jóvenes con sospecha de hernia de disco en los niveles L4-L5 o L5-S1 la negatividad de los signos de estiramiento radicular, indica que lo más probable es que la causa de su sintomatología sea diferente a la hernia discal. El signo de Laségue cruzado es positivo en aproximadamente el 20% de los pacientes con hernia discal comprobada quirúrgicamente (5).

► **Maniobras exploratorias de estiramiento radicular:**

1) Maniobra de Laségue. Provoca dolor radicular por estiramiento de las raíces L5 y S1. Se realiza con el paciente en decúbito dorsal. El explorador coloca la mano debajo del talón del paciente e inicia la elevación de la extremidad en extensión. En condiciones normales no se provoca dolor hasta llegar hasta 70 a 90 grados. Consideramos la maniobra positiva si en algún momento del trayecto, antes de los 60 grados el paciente refiere dolor irradiado a la extremidad explorada, **por debajo de la rodilla, hasta la pierna y el pie**. Si lo que produce es dolor lumbar únicamente, consideraremos la maniobra, como vertebral, no radicular.

2) Maniobra de Laségue contralateral. Explora los mismos territorios; pero se busca levantando la pierna sana, apareciendo el dolor radicular en la pierna afecta.

3) Maniobra de Laségue posterior. Se realiza con el paciente en decúbito ventral. El explorador provoca una hiperextensión de la extremidad con la rodilla flexionada. De éste modo se pone en tensión la raíz **L4**.

► **Reflejos osteotendinosos:**

El reflejo rotuliano depende de la raíz **L5** y el reflejo aquiliano depende de la raíz **S1**. La hiporreflexia traduce una lesión radicular.

► **Tono y fuerzas:**

Con el paciente en decúbito ventral, buscamos una hipotonicidad de la región glútea y de la pantorrilla que traduce una lesión orgánica de la raíz S1.

Con el paciente en decúbito dorsal, exploramos la fuerza del cuádriceps dependiente del territorio de L4, pidiéndole al paciente que realice un flexión de la rodilla contra resistencia.

La dorsiflexión del primer dedo del pie que realiza el paciente, contra la resistencia del explorador que mantiene sujeto firmemente la punta del dedo; nos permite explorar la fuerza del extensor largo del dedo gordo que es un músculo inervado exclusivamente por la raíz L5. La maniobra debe ser bilateral y simultánea con el dedo contralateral no afectado. En cambio, la flexión plantar del dedo gordo del pie contra resistencia, explora la fuerza del flexor largo del dedo gordo, inervado exclusivamente por la raíz S1.

► **Area de distribución de la sensibilidad y del dolor radicular:**

Raíz L4. Cara antero-externa de muslo y rodilla y cara interna de pierna y pie.

Raíz L5. Cara postero-lateral de muslo, anteroexterna de pierna, dorso de pie hasta el primer dedo del pie.

Raíz S1. Cara posterior de muslo y pierna, borde externo y planta de pie.

PARACLINICA _____

IMAGENOLOGIA

► **Estudio radiológico**

Sólo una de cada 2.500 radiografías simples de columna lumbar realizadas en pacientes con edades comprendidas entre 20 y 50 años, muestra alguna alteración no esperada, tras la anamnesis.

La mayor parte de los estudios no han encontrado asociación entre el dolor lumbar y el pinzamiento del espacio discal, la existencia de anomalías de transición, nódulos de Schmorl, lordosis lumbar aumentada, signo de vacío discal, osteofitos, escoliosis, alteraciones en el nivel de ambas crestas ilíacas, acuñaamiento en el espacio discal, tamaño de las apófisis transversas de L3 y L5 o espina bífida oculta (12)

Rockey y cols. concluyen que las radiografías de columna en la primera visita por dolor lumbar, no contribuye al diagnóstico, ni tienen relación costo-beneficio. **Recomiendan realizar las radiografías simples sólo después que el tratamiento inicial falle** (14).

► **Semiología radiológica de la columna lumbosacra**

El estudio radiológico de la columna lumbosacra incluye el análisis de las cinco vértebras lumbares y de la charnela lumbosacra a través de enfoques especiales, debiendo incluirse siempre en las radiografías de frente, las articulaciones sacro-ilíacas.

Se debe realizar una preparación del colon previo al estudio radiológico para disminuir la interposición de gases.

Los cuerpos vertebrales lumbares aumentan progresivamente de tamaño de L1 a L5; los espacios intervertebrales aumentan desde L1-L2 a L4-L5, siendo generalmente el disco L5-S1 menos alto que el suprayacente.

El estudio radiológico de frente. El cuerpo vertebral aparece como un cuadrilátero a ángulos redondeados, donde se siguen sus bordes sin interrupción.

Los pedículos se observan, como dos imágenes ovales u "ojos" en los ángulos superior y externo del cuadrilátero vertebral; la ausencia de uno de ellos da una imagen de vértebra "tuerta" y debe orientar a una sustitución neoplásica. La separación entre ellos "hipertelorismo" con un antecedente traumático debe hacer plantear una fractura aplastamiento vertebral.

El estudio radiológico de perfil, debe mostrar la alineación de los muros posteriores; de adelante a atrás: los pedículos, las articulaciones interapofisarias posteriores y los agujeros de conjugación.

La desaparición de un espacio intervertebral con rarefacción o destrucción de los bordes de las vértebras contiguas acorde con la clínica debe hacer plantear una discoespondilitis.

Una desmineralización difusa muy marcada del cuerpo vertebral, con focos líticos sin reacción ósea en un paciente mayor de 60 años, con anemia y dolores óseos debe hacer plantear un mieloma múltiple o metástasis.

Una vértebra osteocondensada "de marfil", puede corresponder a una metástasis de un primitivo osteoblástico como el carcinoma de próstata.

Las listesis son fáciles de ver en el perfil. La lisis del cuello de la apófisis articular es fácil de ver cuando hay listesis. Para ver una espondilolisis, se deben pedir oblicuas.

Alteraciones de la articulaciones sacro-ilíacas como son:

Seudo-ensanchamiento del espacio articular sacro-ilíaco, esclerosis de los bordes articulares y desaparición de la interlínea articular, son estadíos radiológicos progresivos de la espondiloartritis anquilosante.

► **Tomografía Axial Computarizada (TAC)**

Ninguna prueba es diagnóstica por sí sola. La Radiografía, la TAC, la RNM, todas muestran frecuentemente numerosas situaciones patológicas, en pacientes asintomáticos y con sintomatología.

La incidencia de circunstancias patológicas asintomáticas en pacientes estudiados mediante TAC, es mayor de un 30%.

La TAC no pone de manifiesto, ni tumores intrarraquídeos, ni diferencia la cicatriz de una nueva hernia discal.

Es de fundamental importancia, efectuar los cortes perpendiculares a la inclinación de los cuerpos vertebrales.

Una de las grandes ventajas de la TAC, es poder demostrar directamente, la estenosis concéntricas o la configuración trifoliada de la deformación del canal lumbar. Además no hay otra técnica que demuestre, la estenosis del receso lateral, generalmente, relacionada a una hipertrofia o deformidad de las carillas articulares posteriores, en especial la superior, que es la más interna y profunda.

En general, se considera, que el diámetro posterior de 15 mm es el límite inferior de lo normal; que entre 10 y 15 mm constituye una estenosis relativa sin necesaria traducción clínica, y que un diámetro por debajo de 10 mm traduce una estenosis absoluta.

La TAC, permite la medida de los recesos laterales, siendo normalmente , su profundidad mayor de 5 mm. Valores entre 3 y 5 mm se consideran altamente sugestivos de una estenosis y valores por debajo, definitivamente corresponden a recesos laterales estenóticos.

► **Resonancia Magnética (RM)**

La RM es el último avance tecnológico, en el estudio por imagen de la columna.

Detecta alteraciones estructurales discales, por medio de las alteraciones de la intensidad de sus señales, que en los discos intervertebrales hidratados y normales da una señal de alta intensidad o blanca y en los discos deshidratados alterados, una señal de baja intensidad o disco negro. Frecuentemente, aparecen resultados positivos en pacientes asintomáticos.

La RM, puede diferenciar claramente, las protrusiones discales y las hernias discales (HD) expulsas.

La RM también se ha usado como documento de la reabsorción de la HD en el tratamiento conservador. Bozzao y cols. demostraron que en el 63% de los pacientes con hernia discal, tuvieron un 30% de reducción en el tamaño de la HD.

El valor de la RM, es fundamental para diferenciar si la causa del dolor lumbar recurrente posquirúrgico, es debido a una recidiva herniaria o

a una fibrosis epidural cicatrizal. Se usa gadolinio como contraste, que es captado por la fibrosis.

Si bien, es un estudio de alto poder de resolución y no irradiante; su alto costo obliga a un uso muy limitado.

► **Discografía simple o discografía bajo TAC**

La discografía es un método diagnóstico agresivo, que tiene algunas indicaciones en el diagnóstico y tratamiento de la patología degenerativa lumbar.

Si la inyección del contraste, reproduce el dolor que tiene el paciente, tiene cierto valor diagnóstico; y también sirve para saber que discos se van a incluir en la artrodesis, en caso de que la indicación sea quirúrgica.

Si bien es un estudio de alta especificidad, trabajos prospectivos realizados, no permiten concluir, que el dolor desencadenado tenga su origen en el disco inyectado (19,20).

TRATAMIENTO

► **DOLOR LUMBAR AGUDO**

El dolor lumbar agudo es un proceso benigno y autolimitado. La gran mayoría de los pacientes con dolor lumbar, mejoran dentro de los dos primeros meses, independientemente del tipo de tratamiento instituido. La circunstancia de que la historia natural de ésta enfermedad sea tan favorable hace difícil la valoración de los diferentes tipos de tratamiento.

En un análisis de 59 ensayos seguidos en función de 11 criterios metodológicos, no fue posible demostrar diferencias en cuanto a la eficacia cuando se utilizaron corsés, reposo en cama, estimulación nerviosa percutánea o tracción convencional para el tratamiento del dolor lumbar. Se comprobó que de alguna manera, los ejercicios en flexión tienen algún efecto beneficioso, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Algunos trabajos han demostrado que la manipulación consigue buenos resultados a corto plazo, pero estos resultados no se mantienen en el tiempo. No se ha conseguido demostrar que ningún fármaco sea mejor

noche. Si no hay mucho componente de ansiedad, una alternativa puede ser un relajante de acción periférica como la orfenadrina, vía oral en la noche.

3) Fisioterapia

a) Localizada en musculatura paravertebral lumbar: Electroanalgesia con TENS.

b) Rehabilitación postural de columna, después de la primera semana cuando haya disminuido el dolor.

c) Hidroterapia, también luego que haya disminuido el dolor.

En los pacientes con lumbalgia atípica, con un síndrome doloroso con gran contractura cervico-lumbar, adquiere gran importancia: “escuchar al enfermo” y la fisioterapia mio-relajante.

Si el paciente mejora, se reintegra lo antes posible a su actividad laboral. Puede beneficiarse del uso de un corsé u ortesis flexible, también conocida en el mercado, como “faja laboral” lumbosacra, sobretodo para aquellos pacientes que realizan tareas de esfuerzo.

Si bien, el beneficio de la misma no está demostrado; le confiere al paciente, una sensación de bienestar y de mayor seguridad, para su reintegro precoz al trabajo.

El paciente debe ser derivado al equipo multidisciplinario, para ser incluido en el programa de prevención del Dolor Lumbar Crónico.

El 20% de los pacientes no mejoran, dentro de las primeras tres semanas; sobretodo aquellos con dolor radicular.

En estos pacientes indicamos:

- 1) Un analgésico vía oral.
- 2) Un ansiolítico vía oral.
- 3) Un neuroprotector intramuscular, que asocia un corticoide como la dexametasona con complejo B. Una dosis diaria los tres primeros días y luego, una dosis día por medio durante tres días más.
- 4) Un AINE intramuscular diario como puede ser: diclofenac.

5) Fisioterapia termoanalgésica o electro-analgésica y masoterapia.

6) Radiografía de columna lumbosacra de perfil y ántero-posterior con preparación.

Si luego de un mes a un mes y medio de tratamiento no mejora y persiste el dolor irritativo radicular, que nos orienta a una causa compresiva, se pide una Tomografía axial computada. Si el cuadro clínico es claro: por ej. un paciente joven con un dolor de tipo discogénico, que instala post-esfuerzo una lumbociática irritativa típica, se puede prescindir de la TAC, por que el diagnóstico es clínico.

6) El siguiente paso, en el tratamiento de ésta etapa evolutiva del dolor lumbar: es la Terapia del dolor. Realizada por el anestesiólogo especialista mediante el uso de anestésicos y corticoides: bloqueo epidural y el bloqueo selectivo de las Raíces L5 y S1, con buenos resultados. El bloqueo de las facetas articulares y de la articulación sacroilíaca, son procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

7) La tracción lumbar sostenida horizontal, con grandes cargas. Esta técnica ocupa un lugar de importancia en el tratamiento conservador de la hernia discal; como lo demostró el Dr. Julio Tarabini en su trabajo, donde trató 40 pacientes con lumbociática por hernia de disco, logrando buenos resultados en más de la mitad de los casos (8)

El tratamiento de la lumbociática por hernia de disco, es de tratamiento conservador. Las hernias discales sintomáticas tratadas de manera conservadora, tienen un buen pronóstico en el 92% de los casos, lo que indica que no más de un 10% de los pacientes con sintomatología son subsidiarios de tratamiento quirúrgico.

Un trabajo monográfico realizado recientemente en nuestro medio, por el Dr. Radiccioni, sobre el seguimiento de 67 pacientes operados de hernia discal, muestra que los resultados a 5 años, fueron regulares y pobres en un 54% de los casos, coincidiendo con otras estadísticas internacionales (7)

La indicación de tratamiento quirúrgico de la hernia discal: es una lumbociática hiperálgica mantenida en el tiempo que no respondió al tratamiento conservador

o una lumbociática con parálisis radicular; pero ninguna de éstas dos situaciones constituyen una urgencia quirúrgica.

► **ENCARE DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR LUMBAR CRÓNICO**

Definición: El DLC es aquel dolor que se mantiene por encima de los tres meses desde su comienzo. Menos de un 5% de los pacientes que experimentan un dolor lumbar, llegan a cumplir éste requisito. Los pacientes con DLC son los responsables de, como mínimo, el 85% del costo total de las indemnizaciones y de la pérdida de jornadas laborales del total del costo del tratamiento del dolor lumbar.

Al igual que ocurre con el dolor lumbar agudo, existen múltiples causas potenciales de DLC, como podrían ser las de origen discal, facetaria, muscular, ligamentaria, tendinosa; si bien la delimitación de un diagnóstico preciso, suele ser muy difícil de determinar.

En contra de lo que ocurre con el dolor lumbar agudo, el DLC, suele llevar consigo una importante carga psico-social.

La calidad de la relación que se establece con el paciente es uno de los factores que inciden en la eficacia y en la evolución del tratamiento. Teniendo esto en cuenta, deben considerarse algunos aspectos, con el fin de establecer una buena alianza terapéutica:

1) Es preciso que el médico acepte la realidad del dolor. El dolor es real, puede ser psíquico pero no imaginario.

2) El paciente debe ser informado acerca de su pronóstico y tratamiento, evitando crear expectativas poco realistas, es importante considerar que siempre habrá medios para aliviar el sufrimiento y reducir la incapacidad.

3) El paciente debe tener la seguridad de que continuará siendo tratado, aunque no haya mejoría inmediata. El temor al abandono es muy frecuente en los pacientes con dolor crónico.

4) Cuando se presume una causa probablemente psíquica para el dolor, debe explicársele al paciente, en forma empática y en actitud de aceptación, que el dolor puede tener un origen incierto o que puede ser producto de tensión psicológica y que puede ser tratado.

5) Si se considera la posibilidad de intervención psiquiátrica, la indicación debe ser cuidadosamente explicada, como parte natural de la evaluación y tratamiento de todo dolor crónico, debido a las consecuencias emocionales que éste puede tener y que a su vez agravan o mantienen el dolor.

6) Se debe motivar al paciente para que tome un rol activo y de cooperación en el tratamiento ayudándolo a acrecentar el sentimiento de control del dolor a través de acciones específicas.

El mejor tratamiento del Dolor Lumbar Crónico es prevenirlo.

► **Prevención del dolor lumbar crónico**

La mejor manera de prevenirlo, es reconocer y combatir precozmente los factores de riesgo:

1) **Ansiedad y depresión:** Los pacientes con antecedentes de ansiedad y depresión tienen mayor riesgo de desarrollar una lumbalgia crónica (15).

2) **Reforzamiento de la conducta dolorosa,** por parte del médico.

El médico no debe decirle al paciente, que por los estudios imagenológicos, tiene la columna “deshecha” por la artrosis y que no hay nada para hacerle. Por el contrario, se le debe decir: que no está demostrado que el proceso de envejecimiento disco-vertebral fisiológico, sea la causa de dolor; esto evitará que el paciente se identifique como un enfermo crónico discapacitado.

3) **Reforzamiento de la conducta dolorosa** por parte de los familiares. La información y orientación terapéutica debe necesariamente incluir a la familia con el fin de evaluar y modificar criterios evitando el reforzamiento de la conducta dolorosa.

4) **Tabaquismo:** Los fumadores son más propensos a sufrir un DLC (15)

5) Obesidad: La relación obesidad y DLC está bien estudiada (16)

6) Actividad laboral: Trabajo de esfuerzo; trabajos que requieren inmovilidad prolongada en sedestación o bipedestación con movimientos repetitivos. Disconformidad laboral.

La prevención va dirigida a la reeducación de los hábitos laborales.

7) Sucesos vitales estresantes y soporte social.

8) Sedentarismo. El sistema muscular perdido, sobretodo el de la "cincha abdominal" y de las cinturas pelvianas, predispone a un desequilibrio y a una inestabilidad del raquis. La actividad física recreativa, puede paliar en parte las situaciones estresantes psicofísicas de los dos factores anteriores .

9) El poseer una lumbalgia atípica o psicógena es un factor predisponente de DLC muy importante.

Este tipo de Lumbalgias habitualmente presentan un Síndrome Doloroso Céfico Dorso-lumbar. (SDCD) caracterizado al examen físico: por contractura dolorosa y limitación funcional de las regiones cérvica y lumbar o cérvico-dorso-lumbar. Hay un signo constante en estos síndromes y es la contractura muscular cervical, y es hacia donde tiene que ser dirigido el tratamiento miorelajante.

La cirugía raramente es la solución del problema.

Estas lumbalgias, se pueden clasificar de acuerdo al grado de afectación de las distintas regiones en 5 grados, donde la constante es la contractura cervical (9)

Tanto la prevención como el tratamiento del Dolor Lumbar Crónico deben estar a cargo de un equipo multidisciplinario. Siempre los costos de prevención serán mucho menores, que los de tratamiento y redundará en beneficio del paciente; del sistema de salud y de seguridad social.

Este equipo debe ser integrado por el médico de cabecera; fisiatra; fisioterapeuta; asistente social; licenciado en educación física; dietista y para descartar la causa orgánica de la enfermedad y tratamiento del dolor: reumatólogo; neurólogo; neurocirujano; anestesiólogo especializado en Terapia del dolor, traumatólogo y psiquiatra.

El médico de cabecera debe ser el médico de referencia del paciente y el eje del equipo multidisciplinario .

El psiquiatra, debe conocer la patología dolorosa lumbar y será un gran apoyo para el paciente y de gran ayuda para el equipo, detectando precozmente las manifestaciones de la conducta anormal de enfermedad y cuadros psicopatológicos donde el dolor puede aparecer como síntoma.

El asistente social, aportará al equipo información, sobre sucesos vitales estresantes en la vida del individuo y la manera de minimizar los mismos.

El equipo fisiátrico, tendrá como objetivo: "cortar" el "círculo vicioso" de contractura que aumenta el dolor y dolor que aumenta la contractura. Orientará al paciente en la rehabilitación de columna ; lo estimulará y reorientará en la realización de las actividades físicas.

Incluirá al paciente en un programa personalizado, de estabilización muscular lumbar dinámica (17)

El educados físico supervisará las actividades físicas y deportivas aeróbicas, de acuerdo a la edad y la condición física del individuo .

El anestesista orientará al traumatólogo en el origen del dolor y realizará el tratamiento del mismo.

El reumatólogo es fundamental en el tratamiento médico de la lumbalgia crónica y descartará causas reumatológicas de la misma.

Son válidas como tratamiento coadyuvante, la terapia de la Medicina no tradicional, como la alfa-biótica; manipulación o quiropraxia; acupuntura y yoga .

► TRATAMIENTO DEL DOLOR LUMBAR CRONICO

La cirugía raramente es la solución del problema en el DLC.

En el 85% de los casos no podemos determinar cual es la causa del DLC, aún apoyándonos en los avances tecnológicos de la imagenología y en los Test de reproducción del dolor.

Se estudia que la sustancia P es un neuropéptido almacenado en el ganglio de la raíz dorsal, que interviene en el umbral del dolor y que se encuentra en bajas concentraciones en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes con DLC.

En el 97% de los casos el tratamiento es conservador y sólo el 3% de los pacientes con DLC son candidatos a la cirugía.

La artrodesis o fijación vertebral quirúrgica, da regulares y malos resultados en un 20 a 30% de los casos.

El 70-80% restante, tienen una evolución favorable, durante los primeros 5 años postoperatorios; luego de los cuales, muchos pacientes comienzan a quejarse de dolor lumbar, seguramente originado en los sectores de columna no fijados.

Tratamiento del DLC secundario a espondilolistesis

Las espondilolistesis degenerativas de tipo artrósico, son más frecuentes de ver en mujeres obesas a los 50 años aproximadamente.

La sintomatología dominante es la lumbalgia de tipo mecánica, con irradiación no radicular, que aumenta sobretudo con la bipedestación o la extensión de la columna lumbar.

Cuando realmente son la causa del dolor, éste se puede originar por inestabilidad mecánica; por lo que la utilización de sistemas de contención mecánica externos, como la faja lumbar o el corsé lumbosacro, permiten mejorar la sintomatología dolorosa lumbar, junto con la fisioterapia de fortalecimiento de la "cincha abdominal".

La alternativa quirúrgica: descomprimir las raíces, si hay estenosis del canal y estabilizar los

segmentos inestables mediante una artrodesis postero-lateral.

Tratamiento del DLC secundario a estenosis del canal lumbar.

Frente a un paciente añoso, con un dolor lumbar con irradiación radicular uni o bilateral; una vez descartada la causa de compresión tumoral; se debe pensar en una estenosis del canal lumbar, por frecuencia degenerativa artrósica de las tres articulaciones: disco y articulaciones interapofisarias.

La TAC de columna lumbosacra, si es coincidente con la clínica, confirma y topografía la estenosis.

El tratamiento dentro de lo posible debe ser conservador, sobretudo cuando el dolor lumbar predomina sobre el radicular.

El tratamiento conservador se basa en el fortalecimiento de la musculatura abdominal; terapia del dolor y soporte externo por medio de corsé lumbosacro.

El tratamiento quirúrgico: es la liberación del canal con o sin artrodesis.

Tratamiento del DLC secundario a un síndrome facetario.

Hoy en día está discutido, que las alteraciones degenerativas artrósicas de las carillas articulares interapofisarias, sean la causa del dolor lumbar.

La infiltración de las facetas articulares con corticoides, usado como test diagnóstico y terapéutico, no siempre son efectivas.

Como lo demuestra un estudio aleatorio en 95 pacientes; donde se inyectó las articulaciones interapofisarias posteriores. A unos pacientes se le inyectó, metilprednisolona y a otros, suero salino como placebo. Seis meses después de la infiltración: el 22% de los pacientes tratados con metilprednisolona y el 10% de los infiltrados con placebo, tenían menos dolor y una mejor movilidad lumbar.

Los autores concluyen: que la inyección de acetato de metilprednisolona en las articulaciones interapofisarias, tiene poca efectividad en el tratamiento de los pacientes con dolor lumbar crónico (18)

Muchos autores plantean, realizar la infiltración o bloqueo facetario combinado con una infiltración o bloqueo epidural, argumentando que en el proceso degenerativo artrósico participa también el disco intervertebral, que para ellos fue el culpable de la sobrecarga de las pequeñas articulaciones interapofisarias.

El tratamiento quirúrgico alternativo, es la artrodesis circunferencial de los segmentos móviles implicados.

Tratamiento del DLC de tipo discogénico.

Como ya fue mencionado en varias oportunidades en éste trabajo, no hay correlación anatómo-clínica, ni correlación entre la clínica y la imagenología, entre la protrusión discal y el dolor lumbar.

El tratamiento es conservador médico-fisiátrico.

Si no mejora, se indica terapia del dolor.

Si no tiene dolor radicular, se indica el bloqueo epidural.

Si tiene dolor radicular, se realiza bloqueo selectivo de la raíz afectada.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Encare del D.L.C. por la Dra. Teresa Ceretti, Psiquiatra integrante del equipo técnico de columna de CEDEFECO del boletín informativo anual número 3 del año 1996.
- (2) La RNM no puede predecir un sufrimiento lumbar. pág 8 del boletín informativo de CEDEFECO Número 6 Agosto 1998.
- (3) Relación de la patología con el dolor. Revista CEDEFECO comunica agosto 96 – Pág2.
- (4) http://www.ujaen.es/investiga/cts380/historia/la_prehistoria.htm
- (5) Actualizaciones en Cirugía ortopédica y traumatología. Edición número 4
- (6) DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Trastorno por dolor.
- (7) Hernia discal. Análisis sobre 67 casos tratados quirúrgicamente en el IOT. Monografía

correspondiente al post-grado de ortopedia y Traumatología. Dr. Marcelo Radiccioni Año 2001.

- (8) Tarabini J. Importancia de la tracción en el tratamiento conservador de la hernia de disco. Revista Reinserción Noviembre diciembre del 92. Año III número 18.
- (9) Dr Fagundez JJ. Dolor dorsolumbar. Orientación en el enfoque, encare y tratamiento.
- (10) Tratamiento del DLC. AMERICAN Academy of Orthopaedic Surgeons. AAOS (Pág 490)
- (11) Dr. Tomalino D. y col. Enfermedades de la columna vertebral.
- (12) Exploraciones complementarias. AAOS (Pág 488)
- (13) Deyo R.A, Diehl AK, Rosenthal MÑ. How many days of bed rest for acute low back pain? a randomized clinical trial. N Engend J Med 1986; 315: 1604-1070
- (14) Rockey y cols. y Liang y Komaroff AL.: Roentgenograms is primary care patients with acute low back pain: a cost effectiveness analysis, Arch Intern Med 142: 1108, 1982.
- (15) Frimoyer JW, Baril WL: An overview of the incidentes and cost of low back pain. Orthopedic Clin North. Am 22: 263, 1991.
- (16) Deyo RA, Bass JE; Lifestyle and low pain; The influence of smoking and obesity spine 14: 501 1989.
- (17) Monografía médico-quirúrgica del aparato locomotor. Lumbalgia lumbociática II. 192
- (18) Carette S, Marcoux S, Truchon R. y cols.: A controlled trial of corticosteroid injections into facet joints ford chronic low back pain. .N. England J Med 1991; 325: 1002-1007.
- (19) Walsh T.R., Weinstein JN, Spratt KF y cols.: Lumbar discography in normal subjects: A controlled prospective study. J Bone Joint Surg 1990; 72 A:1081-1088.
- (20) Nachemson Alumar discography-Where are we today ? Spine 1989; 14:555-557.