

Sobre algunas anomalías y afecciones que pueden confundirse con el lumbago traumático

Por el Dr. (1). Oller, de Madrid Director

Facultativo del Instituto de Reeducación Profesional

En nuestro libro "La Práctica Médica en los Accidentes del Trabajo" (1) hemos estudiado el lumbago traumático **proel»** do demostrar que el término **lumbago** debe **reservarse** para un síndrome esencialmente doloroso de naturaleza desconocida que nada tiene que ver en la mayoría de los casos con la rotura de la substancia muscular, ni con la distensión o relajación articulares. Hace poco hemos visto confirmada esta opinión ya que Gelpke en una obra importantísima (2) dice textualmente lo siguiente: "La alteración funcional dolorosa y repentina d« los músculos lumbares, de la faringe, deltoides, etc., rara **vez** obedece a una rotura muscular o **a** una **distorsión** articular, sino a una alteración en la estructura **del** tejido muscular o nervioso hasta ahora desconocida."

Insistíamos en nuestro libro sobre los tres problemas fundamentales del diagnóstico. 1. **Averiguar** si en realidad existe

(1) A. Oller y colaboradores. Editorial J. Morata, Madrid 1929.

(2) Gelpke y Schlater. "Unfallkunde" Berna 1930.

dolor, o sea despistar una exageración o simulación. 2. Averiguar si lo que el obrero considera como lumbago traumático es simplemente un **lumbago** reumático, revelado o agravado por el traumatismo. 3. Averiguar **Mí** lo que creemos un lumbago, que generalmente es una manifestación subjetiva y de pronóstico leve, es un proceso de columna vertebral o de médula de mucha importancia o el síntoma de una enfermedad de localización alejada como la apendicitis o la litiasis.

Acerca del primer punto nada nuevo podemos añadir, pues fue tratado en nuestra obra con bastante extensión. Del segundo problema no hay tampoco aportaciones que merezcan la pena de ser **consignadas** no obstante vamos **a** resumir en un cuadro **las** diferencias que creemos **pueden** orientar al práctico para establecer el difícilísimo diagnóstico diferencial entre el lumbago traumático y el de origen reumático.

## LUMBAGO DE ESFUERZO

Comienzo brusco, repentino, coincidiendo con un traumatismo o esfuerzo, a veces insignificante.

El obrero tiene que **abandonar enseguida** el trabajo

Hay un punto doloroso único muy fijo, que no varía de un día a otro.

Localización casi siempre lateral. La piel que recubre la parte afecta, no suele estar dolorida.

Hay **contractura muscular** y desviación de la columna hacia el lado enfermo.

No suele doler de noche.

La fiebre es excepcional.

No obedece a los antirreumáticos.

Dura poco, a lo sumo una semana.

## LUMBAGO REUMÁTICO

Comienzo lento, insidioso; a veces se despierta o agudiza por un trauma o esfuerzo.

El obrero suele continuar bajando hasta la hora d

El dolor está repartido todo el vientre muscular y el punto más doloroso varía de localización de un día a otro.

Frecuente localización bilateral

La piel está muy dolorida, **hiperestesiada**.

Hay contractura muscular y desviación de 1Ü columna hacia el lado sano.

Se exacerba el dolor durante la noche.

Suele presentarse la fiebre todo en. sobre todo en los casos agudos.

Suele remitir con los antireu- máticos.

Suele durar más de una semana.

En el tercer punto podemos decir algo más, pues ya se comprenderá que siendo según un autor más de setenta las afecciones que pueden dar síntomas de lumbago es muy difícil dar una reseña *de* todas en una obra general.

Señalábamos entonces algún caso de fractura de **apófisis** transversa lumbar y de cuerpo en que por no hacerse; una exploración detenida se cometió un imperdonable error de **diagnóstico**, También apuntábamos altos datos para *el* diagnóstico diferencial de funiculitis (bastante frecuente en la práctica),

radiculitis, algias, periféricas y de plexo y mencionábamos muy de pasada la lumbalización y **sacralización** de la V lumbar.

Veamos en este **trabajo algunos** procesos y anomalías vertebrales que debe conocer el médico que se dedica a los accidentes del trabajo siquiera sea **para** recordar que existen y **sospechar** en los casos en que el "lumbago"

se prolonga más de lo debido **v** pueden *no* ser

**simulaciones,**

requerir la opinión de algún especialista,

#### **LOMBARTRIA DE LERI**

Las espondilitis y las espondilosis son afecciones que cada día se conocen mejor. Nosotros creemos que muchas de las enfermedades í descritas con nombre independiente no son más de manifestaciones diversas de una misma afección y que en cambio algunas formas clí-

nicas deben constituir entidades **nosológicas** especiales. En tanto la cuestión no se aclara, reservamos el nombre de espondilosis para todas las afecciones anquilosantes del raquis; las espondilitis crónicas, generalmente reumáticas, tienen **una** tendencia espontánea a la **curación**

En este trabajo solo nos ingresa dar a conocer **la** más **característica** de todas, la lombartria de Léri.

Comienza bruscamente coincidiendo con un esfuerzo o con **un** traumatismo recaído **sobre** la región lumbar y los enfermos **se quejan** de intensos dolores de **tipo** lumbago o ciático. Después, o casi a [**mismo** tiempo las dorso lumbares que en ocasiones se ponen **tirantes** como cuerdas. La columna se fija y se inclina hacia adelante, a veces formando dos **curvas cifósicas**, una **lumbar** y la otra dorsal (síntoma **característico** para Léri.) **La contractura** y la inclinación pueden desaparecer durante el reposo y la movilidad pasiva de la columna se suele conservar. No hay alteraciones en el líquido céfalo raquídeo.

En la radiografía pueden presentarse varios síntomas típicos. 1 Aspecto en diablo de los cuerpos vertebrales que se ensanchan en **sus caras** superior e inferior por las coronas osteofíticas y se estrechan en el centro por la osteítis rarefaciente. 2 Deformaciones de las apófisis espinosas en forma de pico de loro.

3 Osteítis rarefaciente y de calcificación dando lugar a los nidos de **avispas**.

Cuando coincide con un accidente de trabajo el diagnóstico es **verdaderamente difícil**, pues siempre cabe pensar en los numerosos tipos de raquialgia lumbar crónica, en los lumbagos **reumáticos** y en **la** exagerad", i **voluntaria** de una pequeña molestia.

El siguiente ejemplo de **nuestra** práctica dará idea mejor que nada de estas dificultades.

C. B., de 38 años, casado y de profesión albañil.

El día 30 de septiembre de 1929, dice, que al hacer un esfuerzo, sintió un vivo dolor en la región antero externa del vientre, a nivel de las últimas costillas. Más tarde, rectifica esta información y asegura que sintió un dolor y chasquido hacia la derecha de la columna vertebral, región lumbar. El dolor no le impidió seguir trabajando toda la mañana. Por la tarde se fue a la Casa de Socorro "donde le dieron unas fricciones

de yodo", y al día siguiente, el médico del seguro le puso unas tiras tic esparadrapo "para fijar las costillas".

El día 25 de octubre lo vemos nosotros. Trae un diagnóstico de lumbago o simulación, encontramos con un hombre encorvado con una contractura de *toda*. la masa dorso lumbar verdaderamente formidable. Hay dolor a la presión en **las** vértebras lumbares más acentuado en la zona correspondiente a las apófisis transversales del lado derecho. Limitación de movimientos activos y pasivos de la columna.

Ingresa en clínica y lo más saliente es que el dolor no desaparece, ni menos la contractura a pesar de un abceso de fijación, líquido cefalo raquídeo normal. Salicilatos sin éxito.

Por radiografía se ven algunos osteofitos en las apófisis transversas y algún cuerpo vertebral que recuerda el diábolo.

En vista de que el diagnóstico no está claro, enviamos el enfermo al profesor Jiménez Díaz,

el cual dice que **se trata** de una espondilotosis trofostática (**pie valgiis**); el esfuerzo despertó simplemente una manifestación **radicular** aguda la contractura se resuelve al cabo de cierto tiempo y el sujeto llega a **flexionar** la columna por lo que cree que el dolor tiene mucho de funcional.

Nosotros nos inclinamos a **creer** en una afección de tipo reumático, cuya **agravación** coincidió con el esfuerzo o pe sufrido durante el trabajo.

Posteriormente vimos al obrero, con la contractura desaparecida y aquejando solo dolores en el sitio donde se puso el absceso de fijación.

#### CAPTOCORMIA

Una de las afecciones más curiosas del tipo psíquico o histero traumático, es la conocida con el nombre de captocormia, y bien estudiada durante la gran guerra, y q' ahora, de cuando en cuando, hace su aparición en las clínicas de accidentes del trabajo pasando unas veces por lumbago, otras por simulación y algunas por lombatría.

Como consecuencia de un traumatismo, a veces insignificante, la columna **vertebral** se incurva poco a poco en forma de gran cifosis, llegando a alcanzar la inclinación proporciones exageradas. Al mismo tiempo se presentan zonas de hiperestesia a lo largo de la región dorso lumbar alternado con zonas do-

lorosas y anestéticas de las extremidades.

El examen radiográfico no suele acusar anormalidad. Lo mismo ocurre con el líquido **cefaloraquideo**. **La enfermedad** suele curar con una terapéutica **sugestiva**.

Souques resume las características morfológicas de esta forma:

1\*—A nivel de la región lumbar; a) tención o desaparición surco lumbar medio; b) contractura visible y perceptible al tacto de los músculos espinales que **forman** el surco, c) desaparición de las hendiduras laterales que son reemplazadas por la saliente de las espinas ilíacas posteriores. d) alargamiento de la región lumbar.

2.—A nivel de la región dorsal, a) acentuación de la convexidad de la columna, b) disminución de las masas musculares.

3.—A nivel del abdomen, a) aparición de uno o varios pliegues transversales a nivel o por debajo del ombligo, b) acentuación de los peligros semicircular del abdomen, suprapubiano e inguinal, c) prominencia del bajo vientre y disminución de su altura.

4.—A nivel de las caderas aplanamiento y ensanchamiento.

Nosotros hemos visto hace poco un caso muy interesante:

J. T. D., natural de Madrid, de 23 años de edad, y de oficio al bañil.

Fecha del accidente, 22 de junio de 1929. Al incorporarse **levantando** del suelo un **objeto** que **pesaría** cerca de una arroba, **6** un chasquido en la región **■** con fuerte dolor que desde **entonces** persiste de una manera continua, **exacerbándose** con los movimientos del tronco y que **dificulta grandemente** la marcha. En **los** días siguientes **al accidente**, fue tratado con masaje y embrocación en la **región** lumbar **sin** obtener ninguna mejoría y **en** este estado fue d de alta por la Compañía de Seguros.

En ausencia nuestra **ingresa** en el Instituto el 13 de **Agosto de 1929**, **pasando** a la Sección de **Fisioterapia donde se continuó el** tratamiento por masaje y diatermia. Al **ingresar, el tronco** de este **enfermo** si; encuentra en semiflexión por **el** dolor que **ello** despierta. Con **gran** contractura en las masas musculares dorso-lumbares, **derechos** y con dolor a la palpación en toda la columna **vertebral entre** la doce dorsal y la quinta

lumbar. En el mes de septiembre, vemos ya al obrero, el cual no solamente no ha mejorado, sino que tiende a exagerársele la la actitud de *flexión* del tronco.

Es un sujeto delgado, de pequeña estatura y con aspecto enfermiso. Habla con abatimiento desesperanzado de *po-*der curarse y de recibir indemnización a la que cree tener derecho. En pie el tronco se encuentra tan fuertemente propulsado que el sujeto tiene que apoyar la mano el rodilla para llevar el equilibrio y formando la columna vertí y les miembros inferiores ángulo de 90 grados que activamente lo amplía hasta 110 con expresión de grandes sufrimientos. Camina con pequeños pasos sin levantar los pies aquejando fuerte dolor lumbar. Por inspección y palpación, aprecia una enorme contractura dolorosa a la presión y al intentar vencerla en la región lumbar. Esta contractura aumenta con las tentativas del enfermo

Hay dolor a la presión desde la dorsal 12 hasta el sacro. No deformidad de las vértebras (apófisis etc.) No parálisis. Los reflejos están aumentados rotuliano, cremasteriano, el de aquiles, no hay Babinski. Reflejos faringea- tos. Zonas anestésicas en los miembros inferiores del tronco sin sistematización ni localización variando de un día a otro.

Después de este reconocimiento, se le

ha sugerido su próxima curación y vino una crisis emotiva con gran llanto.

En octubre de 1929, se ha acentuado todavía más la contractura en flexión del tronco, impidiendo al enfermo el caminar y teniendo que ser transportado en una camilla. Se comienza entonces una fuerte sugestión con corriente farádica y galvánica

en la espalda ordenándole al enfermo camine y se mantenga de-Por breves momentos el enfermo lo hace, pero es retornado a la clínica lo mismo que entró. En la segunda sesión el enfermo vuelve por su pie a la clínica aunque con gran dificultad, y en la tercera el enfermo camina completamente derecho. A los pocos días de este tratamiento, desaparece por completo la contractura vertebral y se inicia una marcha espástica en la pierna izquierda. Explorado este miembro, se encuentra un aumento del tono muscular, gran

exaltación de reflejos de clon y zonas anestésicas.

En los días siguientes se aplican masajes vibratorios y en dos sesiones desaparece por completo la espasticidad de la pierna.

Posteriormente el obrero aqueja decaimiento general con astenia y se ponen veinticuatro inyecciones de cacodilato y estri- cnicina en cantidad progresiva, de alta el 21 de noviembre de 1929, completamente curado. ENFERMEDAD DE KÜMMEL

Hace ya muchos años (1891) que Kümmell dio a conocer un síndrome caracterizado esencialmente por el siguiente cuadro:

Traumatismo muy ligero insignificante a veces que el enfermo se olvida de haberlo sufrido. Período primero, consecutivo al tratamiento y de síntomas muy imprecisos y ligeros; algún dolor en la columna, alguna molestia al caminar. Dura de tres o cuatro semanas. Período segundo, de "intervalo libre" suele durar tres o cuatro días, pero a veces se prolonga hasta un año o dos. Período tercero; la enfermedad se agrava. Reaparecen los dolores. se presentan trastornos en la marcha y poco a poco se dibuja una jibosidad que casi siempre afecta a una o dos vértebras y que se traduce en una cifosis que cada día se hace mayor. Vienen después la contractura y ri-

gidez de la columna y el enfermo se transforma en un inválido, incapaz para casi todos los trabajos.

Las lesiones vertebrales radiográficas cuando la enfermedad está constituida se traducen por una imagen de vértebra cuneiforme. En las pruebas laterales se ve un aplanamiento del cuerpo vertebral con hernia de tejido trabecular que a veces sale como exprimido por una fisura de la cortical. La lesión se limita a una o dos vértebras.

Todavía no está aclarada la esencia de esta enfermedad y son muchos los autores que hoy niegan su entidad nosológica y la clasifican como un simple síndrome a ciertas fracturas vertebrales. No obstante las corrientes modernas no inclinan a considerarlas como una de esas **osteoporosis** álgicas post-traumáticas; la enfermedad de Kümmell, la escafoiditis de Kienbock, la enfermedad de la rótula de Sinding Larsen, la malacia del semilunar no serían más que las consecuencias de ciertas reac-

ciones vaso motoras despertadas por el traumatismo.

La enfermedad se confunde en el primer período con un lumbago y naturalmente que el diagnóstico es difícilísimo si no imposible faltando como faltan entonces todos los signos radiográficos, pues rara vez se verá al principio, la imagen de una fractura parcelaria del cuerpo vertebral. En el tercer período el enfermo pasa por un simulador sobre todo si su lesión se atribuye a un traumatismo acaecido meses atrás durante el trabajo. La marcha progresiva, la aparición de la gibosidad y el examen radiográfico seriado despistarán la enfermedad Kümmell que aunque rara, debe estar siempre en la mente del médico que se dedica a accidentes del trabajo.

#### ANOMALÍAS VERTEBRALES, EN ESPECIAL DE

LA V LUMBAR Cada vez conocemos más **anomalías** de las vértebras hasta *el* punto q' parece casi imposible po

der clasificar hoy todavía sus numerosas variedades. En un trabajo muy reciente de Dissel encontramos los siguientes grupos que dan una idea acertada de la complejidad que existe refiriéndose únicamente al número.

Puestas por orden de frecuencia estas anomalías **congénitas** son:

a) 4 **vértebras** sacras con 6 **lumbares** (lumbalización.)

b) 6 vértebras sacras con 4 lumbares (sacralización.)

e) 6 **vértebras** lumbares con 11 dorsales y 11 costillas.

d) 5 vértebras lumbares, la primera con una o dos costillas.

e) 4 vértebras lumbares con 13 dorsales con 13 costillas.

f) 11 vértebras dorsales con 11 costillas y 1 ó dos costillas en la séptima cervical.

g) 12 vértebras dorsales con 12 costillas en la séptima cervical.

La vértebra que presenta más anomalías es la V lumbar y desde que se ha sistematizado el empleo de los Rayos X en el diagnóstico de las afecciones, de la columna, y sobre todo desde que se ha perfeccionado la técnica puede decirse que no vemos dos individuos en que la V lumbar de la misma imagen. Hay aparte de las dificultades de conseguir una proyección y enfoque uniformes, la realidad de que nos hallamos ante una vértebra en período de regresión que tiende a fundirse con el sacro al afirmarse la posición vertical

humana. Se trata según la feliz expresión de Spitzzy de la muela del juicio de las vértebras.

Estas anomalías congénitas despiertan a veces fenómenos dolorosos con motivo de un traumatismo o de un simple esfuerzo sin que se pueda discernir por regla general hasta qué grado interviene el factor traumático. El médico práctico debe recordar las siguientes

**Espondilosis.** *Espina bífida oculta lumbo sacra*,—La deshesencia, la falta de osificación de un arco vertebral, la separación de la apófisis espinosa con **alteraciones** y anomalías que van desde la simple espondilosis sin síntoma alguno hasta la espina bífida oculta con síntomas locales y generales asociados con el pie varus, la incontinenencia de orina, la escoliosis, etc. etc.

Un ejemplo de las dificultades de diagnóstico lo tenemos en la siguiente nota clínica:

J. P., de 35 años, albañil. Accidente del trabajo de 26 de agosto de 1929. Caída por una escalera, rodando varios peldaños y recibiendo el golpe en la región sacro iliaca. No pierde el conocimiento, pero no puede caminar y le trasladan a su domicilio. Desde el día siguiente va a curarse a la clínica del Seguro, primero en coche, y pasados unos días a pie. Le hacen masaje y aplicación de calor.

Ingresa a la sección de fisioterapia el 5 de noviembre de 1929, y trae una radiografía del

doctor Arce, en que este duda entre una espondilosis o una fractura del arco de la V lumbar. Hay contractura lumbar y dolor a la presión en las apófisis de **las lumbares** tercera, cuarta y quinta. El 30 de noviembre le damos el alta realmente en el mismo estado. **Nuestro diagnóstico era** de espondilosis con fenómenos dolorosos de reacción traumática. Actualmente se sabe que la espina bífida oculta puede dar lugar a tres formas o variedades clínicas, la lumbálgica que simula perfectamente el lumbago o la ciática, la pseudo **póttica** y la de insuficiencia vertebral. Se ha hablado de la existencia de unas bridas cuya sección tendría por consecuencia la desaparición de todos los fenómenos dolorosos, pero las observaciones realizadas hasta la fecha no son concluyentes.

*Sacralización.*—Por sacralización de la V lumbar se entiende el aumento de volumen de sus apófisis transversas, pero según advierten Oudard, Hesnard y

Coureaud esta definición es demasiado sencilla e inexacta. En realidad se trata como **dijimos** antes de fenómenos de **transformación** de la vértebra que se traducen en varios grados.

1.—Hipertrofia simple de las apófisis transversas.

2.—Las apófisis transversas muy hipertrofiadas: se ponen en contacto con las aletas del sacro y con la cresta ilíaca en su **parte** más posterior.

3.—Las carillas articulares y toda la vértebra lumbar se **funde** con las aletas, resultando UD sacro de seis vértebras o lumbalización de la primera sacra.

Los síntomas clínicos son variados y van desde la neuralgia más o menos **acentuada** hasta la contractura y la escoliosis de compensación. Rara vez podrá el práctico saber si un lumbago de esfuerzo coincidente con una sacralización puede considerarse como accidente del trabajo.

*Espondilolistesis.* Las revistas de la especialidad aparecen actualmente con numerosos arti-

culos dedicados a esta anomalía que se caracteriza por el desplazamiento hacia adelante y abajo de la V lumbar; por esta razón ha recibido el nombre de luxación congénita lumbo sacra, acaso más propio, toda vez que la palabra "olistesis" significa deslizarse y por tanto un movimiento activo en vez de un estado constituido como es la anomalía descrita por Neugebauer en 1892 ha tomado ahora inusitada actualidad.

Clínicamente hay varios grados que corresponden a la intensidad del desplazamiento. En los casos más ligeros existen únicamente dolores imprecisos en la columna que se aumentan con los cambios de posición o después de algún ejercicio prolongado.

Si la luxación es evidente se produce una deformidad especial, pues el dorso parece que se ha hundido en la pelvis (signo del telescopio de los autores franceses), se marcan unos pliegues muy profundos en la región lumbar y el individuo camina balanceándose un poco.

La radiografía **lateral** de los casos bien definidos no ofrece lugar a dudas, **pues** se ve a la V lumbar desplazada y basculada hasta el punto de que el borde se hace anteroinferior en este caso el tacto rectal suele aclarar también el diagnóstico.

**Platiespondilia.** — Con **este** nombre designa Putti el aplastamiento de una o más vértebras sin **alteración** de los discos. Radiográficamente da una imagen muy limpia en forma de cuña de base posterior que no obstante puede confundirse con un mal de Pott y con un aplastamiento de origen traumático. La platiespondilia suele coincidir con otras anomalías de la columna dolorosa y desviaciones de tipo escoliósico.

*Mucho más podríamos añadir a este trabajo, pero creemos que lo expuesto basta para hacer pensar a los médicos prácticos en la conveniencia de no hacer a la ligera un diagnóstico de "lumbago traumático."*