

Lumbosacralgia

(Estudio de 107 Casos)

TRABAJO PRESENTADO AL III CONGRESO CENTROAMERICANO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, SAN JOSÉ, COSTA RICA

Por el Dr. César Augusto Zúñiga
(Clínica Centro Médico Hondureño)

El alcance de este trabajo es el de comunicar a Uds. los diferentes diagnósticos que se encontraron en la revisión de 107 fichas de pacientes que consultaron por dolor lumbar. La revisión se ha hecho en un período de ocho años y aunque el número de pacientes es mucho mayor, solamente en 107 protocolos se pudo obtener una información completa, y controles de más de cinco años en los enfermos. Presentaremos a Uds., las cifras correspondientes a nuestros hallazgos y al final enfocaremos el tratamiento por flexión, que ha sido el que mejores resultados nos ha dado. En lo referente al examen físico, diremos que debe cuidarse el hacerlo con el paciente desnudo y enfocado a cinco tiempos: inspección, palpación, percusión, mediciones y exploración del sistema nervioso. Verificado en esta forma estaremos en capacidad de obtener la información suficiente para orientar nuestro diagnóstico, previo el uso de otros elementos como son, la radiografía con o sin contraste y algunas informaciones de laboratorio. Junto con los datos de anamnesis, los cuales deben tomarse con la mayor precisión y habilidad y los datos suministrados por un buen examen físico, podremos puntualizar exactamente sobre los caracteres, localización y distribución del dolor, datos que serán definitivos en la elaboración diagnóstica.

DIAGNOSTICO

El síntoma primordial de dichos enfermos es el dolor lumbar con irradiaciones hacia los lados, a la articulación sacroilíaca y en otros casos, hacia la cara posterior del muslo o más abajo aún. Otra, irradiación rara, es hacia la ingle y a la parte interna del muslo. La mayoría de las veces la instalación del dolor es aguda y corresponde clínicamente a un esguince lumbar en otros casos, el dolor es moderado persistente por mucho tiempo, y en estos casos casi siempre la, causa es una anomalía vertebral o un padecimiento crónico de naturaleza inflamatoria o tumoral. El dolor va aparejado de contractura muscular y de limitación de movimientos. La elevación de la pierna extendida puede o no despertar dolor en el trayecto del ciático. Es conveniente la eliminación de causas de orden ginecológico o urinario que no en pocas circunstancias pueden engendrar un dolor lumbar de carácter agudo o crónico. El dolor de la parte anterior del muslo, de la ingle y del abdomen bajo, puede indicar lesión de tercera o cuarta vértebra lumbar. La articulación sacro-ilíaca da su dolor en la parte posterior del muslo irradiado a veces a la rodilla; el dolor de la parte lateral y posterior del muslo, pierna y parte lateral del tobillo y del pie, puede ser significativo de una lesión de 4^a ó 5^o disco lumbar. Mucho cuidado habrá que tener con dolores lumbares de irradiación genital y a la cara interna de los muslos que puede ser consistente con un padecimiento urinario. La inspección nos dará una información sobre las deformidades como escoliosis, cifosis, lordosis, desnivel a nivel

de las escápulas, inclinaciones de la pelvis, acortamiento de tronco y defecto de los pies. La palpación verificada en dos fases: 1) una palpación suave y cuidadosa para descubrir contracturas musculares, hipertonías, etc., prominencias de apófisis espinosas, irregularidades articulares, tumores, etc.; 2) una forma más fuerte se empleará para descubrir dolores profundos para-vertebrales. Las maniobras de percusión se harán con el puño cerrado a todo lo largo de la columna para descubrir áreas dolorosas muy significativas de procesos inflamatorios, tumorales y otros. La exploración de la movilidad activa y pasiva de la columna nos informará sobre las limitaciones de movimiento de la misma. Las características determinadas en este aspecto i por las distintas lesiones vertebrales, son de una gran variabilidad y sólo a riesgo de mucho error se podría intentar decir los tipos de limitación de movimientos que son **característicos** de tal lesión. Es conveniente verificar un examen cuidadoso de la articulación de la cadera al mismo tiempo que el de la columna, así como también la exploración de la fascia lata.

La desigualdad de los miembros inferiores es una causa bastante frecuente de trastornos dolorosos y éstas deben ser establecidas mediante esta fase del examen llamado mediciones. Lo mismo habrá que medir en perímetro los miembros inferiores para determinar atrofiás musculares.

La última etapa del examen físico estará dirigida a la investigación del sistema nervioso y en ésta se investigará la actividad de los reflejos de las extremidades inferiores, y la sensibilidad de las dermatomas de ambas extremidades inferiores. Se explorará cuidadosamente la fuerza muscular de algunos grupos de músculos. El reflejo de Aquiles indica lesión de la quinta raíz cuando está disminuido o ausente. El reflejo rotuliano disminuido o ausente indicaría la lesión de la cuarta o tercera raíz lumbar. Los cambios de sensibilidad (disminución) en la parte lateral del talón indicarían una lesión de la primera raíz sacra; hipoestesia de la punta del dedo gordo, lesión de la quinta raíz lumbar. Hiposensibilidad de la región superoexterna de la pantorrilla, lesión de la cuarta raíz lumbar. Disminución de la sensibilidad en la parte antero-interna del muslo nos indicará una lesión de la tercera raíz lumbar.

La debilidad de la extensión del dedo gordo nos indicaría una lesión de la quinta raíz lumbar; y asimismo las atrofiás musculares correspondientes a la distribución de las raíces lumbosacras llamarán nuestra atención en el caso de presentarse

RADIODIAGNÓSTICO

Todo paciente con dolor lumbar debe ser radiografiado. Se ordenarán radiografías laterales centradas en la articulación lumbosacra, proyección anteroposterior con enfermo de pie, radiografías oblicuas, derecha e izquierda. Algunos autores recomiendan una radiografía en flexión. Con estas radiografías podemos cuidadosamente buscar una serie de lesiones que pueden ser responsables de la lumbalgia, unas veces varias lesiones podrán combinarse en la misma radiografía. Con estos estudios radiográficos se puede descubrir el estrechamiento del espacio intervertebral que algunos le dan una gran importancia, pues es significativo de degeneración, aplanamiento o protrusión discal; se pueden descubrir anomalías congénitas, vértebras transicionales, espinas bífidas, desviaciones en el eje de la columna, procesos destructivos, deformaciones, incongruencias de facetas articulares, espondilolestesis, etc. En algunas circunstancias cualquiera de estos hallazgos puede ser el causante de la lumbo-sacralgia, pero en otros casos, la presencia de uno de estos defectos no es en sí el responsable del dolor lumbar.

Los procedimientos de radiografías con contraste, ya sea soluble en medio oleoso u acuoso, suelen usarse con restricciones, algunos lo recomiendan exclusivamente como un acto pre-operatorio, es decir, no a todo paciente con dolor lumbar hay que hacerle mielografía. Otros procedimientos realizables durante el acto quirúrgico, como la discografía o la exploración del disco mediante la inyección de suero fisiológico, como lo ha preconizado Harmon, son de una técnica bastante difícil y no

al alcance de todos aquellos que hacen cirugía espinal. En algunas circunstancias sera de utilidad hacer uso de la investigación de laboratorio para hacer un diagnóstico diferencial o reforzar el que se ha elaborado mediante la información clínico-radiológica. Hay que hacer uso racional de la investigación del ácido úrico, de las reacciones de artritis reumatoidea, proteína C reactiva, dosificación de fósforo, calcio y proteínas, algunas reacciones de tipo específico (Brucelbisis, T.B.C.)

TRATAMIENTO

El grupo de nuestros pacientes ha sido bajo dos conceptos distintos, el grupo de pacientes agudos y el de crónicos. Consideramos agudo al paciente que relata la instalación de un dolor en época reciente, de carácter agudo y en la mayoría de las veces relacionado con un acto mecánico. Consideramos crónico al paciente que manifiesta un dolor de larga data y con episodios repetidos y alternantes de mejoría y de dolor.

Considerando que el dolor lumbar en la mayoría de los casos tiene su base en la contractura de elementos músculo-aponeuróticos de la columna, algunas veces condicionada por defectos congénitos o posturales, hemos puesto en práctica como rutina en el período inicial del tratamiento, las directivas del tratamiento en flexión. No hemos hecho una discriminación, entre los pacientes que puedan tener una radiculitis por disco o aquellos cuyo padecimiento fuera un esquinco lumbar. Este tratamiento consigue la flexión de la pelvis, la apertura de los agujeros de conjunción, la relajación de músculos, aponeurosis, cápsulas y ligamentos lumbares, condiciones que se anteponen a la extensión de la pelvis, disminución del espacio de conjunción, y contracturas músculo-aponeuróticas, condiciones todas estas últimas responsables en alguna forma del mecanismo de producción del dolor lumbar. Cuando hemos obtenido alguna mejoría mediante la posición flexionada del paciente, empezamos un programa de ejercicios en la cama cuyo objetivo es, flexionar la pelvis, en la articulación lumbosacra, y otros tendientes a fortalecer la musculatura dorso-abdominal.

Durante esta parte del tratamiento suministramos a nuestros enfermos, analgésicos, relajantes musculares, calor local (bolsa caliente, cojín eléctrico, diatermia, etc.); en algunos casos se ha recurrido a la tracción de los miembros inferiores. Con esta forma de terapéutica se obtienen buenos resultados en aquellos pacientes seleccionados sin padecimiento crónico; en un período prudencial de 2 a 4 semanas se pueden rehabilitar a sus ocupaciones en forma progresiva, y sin soporte en algunos casos.

Los casos crónicos, mejoran poco y muy lentamente con este tratamiento y como en ellos la causa del dolor radica en lesiones locales o generales de la columna tales como: artritis de distinto origen, defectos congénitos (vértebras transicionales, espina bífida, etc.), defectos posturales, tumores y otros, es obvio decir que estos enfermos estarán sujetos a una terapéutica dirigida específicamente a su causa, que casi siempre es médico-quirúrgica y por lo tanto estos enfermos poco deben esperar de un tratamiento conservador.

Por todo lo antes dicho, podrá deducirse que nuestra experiencia es bastante pequeña en el tratamiento de pacientes con dolor lumbar. Hemos orientado la terapéutica en forma conservadora en el mayor número de pacientes que aun cuando hayan tenido protrusiones discuales, han mejorado con las indicaciones conservadoras. Creemos que sólo los pacientes con un proceso' severo que invalida en grado alto, o paciente joven a quien no se puede restringir mucho en sus actividades diarias por la índole de su ocupación, deben ser candidatos a la exploración final. Nos colocamos en una situación no en contra de la cirugía, pero sí, hay que seleccionar bien los pacientes. Según la experiencia de algunos hospitales, la cirugía espinal no ha sido muy agradecida, especialmente, si además de la exploración del disco, se agrega un injerto. Es necesario tener en cuenta que muchas veces los discos no se encuen-

tran y si se encuentran y extirpan no llevan consigo la remisión del dolor. La posibilidad de malos resultados se aumenta por los defectos de rehabilitación del enfermo. No podemos hacer una defensa cerrada o sistemática del tratamiento conservador, pero sí estamos seguros de que cuando un paciente es colaborador y cuando la causa del dolor es superable, la observación exacta de las indicaciones conservadoras y el cuidado de una buena higiene de la espalda, darán un positivo beneficio a nuestros enfermos, reservando las técnicas operatorias para aquellos casos cuyas características especiales los hagan merecedores al acto operatorio.

OSTEOARTRITIS: TOTAL 23 CASOS

Edad: 32 a 85 años
Sexo: M. 11 F. 8

PATOLOGÍA ASOCIADA	LOCALIZACION N? DE CASOS	
Sacralización	, DXII y LI	1
Degeneración discal.....	LV	1
Degeneración discal	LIV y LV	1
Espina bífida	SI	1
Fractura cuerpo	LII	1
		TOTAL
TUMORES		5
Metastásico: 3		
Mieloma Múltiple: 2		
Edad: 41 a 63 años		
Sexo: M. 4 F. 1		
ESPONDILOLESTESIS		3
Anterior		2
Posterior		1
Edad: 22 a 40 años		
Sexo: M. 2 F. 1		
SACRALIZACIÓN LUMBAR		3
Edad: 18 a 26 años		
Sexo: M. 1 FV 2		
LUMBARIZACION DEL SACRO		9
Edad: 18 a 26 años		
Sexo: M. 2 F. 7		
PATOLOGÍA ASOCIADA:		
Degeneración Discal L, IV y LV		1
Neoarticulación		1
Espina Bífida		1

	TOTAL
ESPINA BIFIDA	8
Edad: 23 a 56 años	
Sexo: M. 3 F. 5	
OSTEOPOROSIS	8
Senil	6
Menopáusica	2
Edad: 38 a 85 años	
Sexo M. 2_F 6	
ASOCIADA A APLASTAMIENTO DE D XII	1
ESCOLIOSIS	7
Edad: 18 a 27 años	
Sexo: M. 5 F. 2	
PROTRUSION DISCAL	2
Edad: 21 a 28 años	
Sexo: M. 2	
CASOS NEGATIVOS A RX.....	33

S Í N T O M A S

Dolor Agudo	40%
Dolor Crónico	67%
Contracturas	37%
Escoliosis Defensa	4%
Lasegue Positivo	9%

Disminución Reflejos

Patelar	3%
Aquileo	2%

Parestesias

Pie	1%
-----------	----

Atrofias Musculares

Pierna y Muslo Derecho	2%
------------------------------	----

TRATAMIENTOS

Rutinario	92
Por Flexión	9
Por Tracción Ext. Inf.....	2
OPERACIONES:	
Disco	2
Escoliosis	1
Inestabilidad.....	2

B I B L I O G R A F Í A

- 1.—A. RUIZ MORENO Y M. H. PINES: Tratamiento de la Artritis Reumatoidea con Benemid. Arch. Interam. Reumat. Vol 1, N° 1. Pág. 46.
- 2.—J. H. TALBOTT: Ccurrent Concepts in Gout. Arch. Interam. Reumat. Vol 1, N° 1. Pág. 86.
- 3.—CHARLES M. PLOTZ: Serological Test, in Rheumatoid Arthritis. Arch. Interam. Rheumat. Val 1, N* 1. Pág. 35.
- 4.—PAUL J. VINCENT: Marshall R. Vrist. The appeavance of osteoporosis in Ambulatory Institutionalized Males. Clinical Orthop. N» 19. P. 245-250.
- 5.—PAUL C. WILLIAMS: Examination an Conservative Treatment for Disk Lesions of the lower Spine., Clinical Orthop N' 5. Pág. 28-35.
- 6.—LOUIS BRECK: Mario Palofox. Conservative Treatment of lumbosacrai Backache Outline of Flexión ^lanagement. Clinic. Orthop. N° 5. Pág. 41-57.
- 7.—SPENCÉiR T. SNE3>ECOR: Andrew Roof. The Industrial Back. Olinioal Study. Clin. Orthop. N» 5. 65-66.
- 8.—GERALD GtLL. HUGH L. WHITE: Mechanism of Nerve Root Compression and Irritaüon in Backaeihe. Clin. Orthop. N» 5, 66-82.
- 9.—HERMÁN YOUNG V. GRAFTON LOVE: Low Back and Sciatic Pain. Clin Orthop N» 5. 128-130.,
- 10.—GEORGE S. PHALEN: Backache: caused by Vascular Deseas© Clin Orthop. N" 5, 149-152.
- 11.—JOHN McMENELL: Manipulation and the treatment of low Back pain Clin. Orthop. N» 5, 82-97.