

Búsqueda de una reeducación adaptada a los síndromes de la charnela dorsolumbar recidivantes

Michel LEDOUX, Nicolas HALMAGRAND

Rééducation Fonctionnelle, Hôtel-Dieu de Paris

Traducción : F.Colell (GBMOIM)

Un tratamiento médico bien llevado no evita siempre la evolución de los síndromes de la charnela dorsolumbar de MAIGNE ^(4, 5) hacia formas crónicas o recidivantes. Recordemos que el dolor no se aprecia en su origen, sino en la periferia, en la región lumbar baja o en la sacroilíaca, durante la irritación de las ramas posteriores T12 o L1. La irritación de las ramas anteriores de estas raíces despierta, según los casos, dolores pseudo-viscerales púlicos o trocantéreos.

Los consejos posturales ⁽²⁾, que tienen como finalidad evitar la sobreutilización de esta charnela, a veces son incompatibles con la realización de algunas actividades profesionales o deportivas. Hemos probado de establecer un programa kinesiterapéutico destinado a limitar los esfuerzos en la charnela dorso-lumbar en la población de "alto riesgo".

Recuerdo anatómico-fisiológico

Las 10 primeras vértebras dorsales forman un eje bastante rígido en el que los movimientos de rotación están limitados por la orientación de las facetas articulares y la parrilla costal. Las articulares posteriores de T12 son de tipo dorsal (planas, orientadas hacia atrás y arriba, oblicuas a 60° sobre la horizontal). Las articulares posteriores inferiores de esta vértebra son de tipo lumbar (cilíndricas, orientadas adelante, inclinadas 90° respecto a la horizontal) ⁽³⁾. De esta manera el segmento móvil T11-T12 es el último en poseer gran libertad de rotación.

El movimiento se frena brutalmente en el segmento T12-L1. Aparece como el tope superior de los movimientos de flexión-extensión del raquis lumbar y el tope de rotación del raquis dorsal. En el plano cinesiológico, el segmento móvil T12-L1 constituye el lugar de transición de las curvas sagitales (cifosis dorsal-lordosis lumbar). Es el punto de inflexión de las cargas durante la marcha y de las rotaciones en sedestación ⁽¹⁾.

Estos diferentes elementos anatomo-fisiológicos explican que la patología de sobrecarga en esta zona sea esencialmente articular posterior. Las discopatías

por presiones axiales son raras y de origen traumático. Notemos que los segmentos T10-T11 y T11-T12 también están muy solicitados en los movimientos de rotación, lo que explica la frecuencia de los desarreglos intervertebrales menores en esta zona.

Consecuencias prácticas

T12 aparece por su anatomía como un obstáculo « ineludible ». Su bloqueo es imposible. No obstante podemos esforzarnos en limitar los esfuerzos así como los impuestos a T10 y T11, atenuando al máximo las rigideces de los segmentos supra y sub-yacentes, incluidos los miembros inferiores. El primer tiempo de la reeducación comportará la reducción de las pérdidas de movilidad con técnicas posturales y auto-posturas. Estas rigideces son a menudo de origen articular en la zona dorsal y muscular en la lumbar. En un segundo tiempo, se podrá efectuar un fortalecimiento muscular en los planos musculares superficiales anteriores y posteriores; después un « despertar propioceptivo » de los planos musculares profundos con una movilización segmentaria.

Flexibilizaciones articulares y musculares

FLEXIBILIZACIONES ARTICULARES DORSALES

Postura en extensión (sentado). (Fig. 1).

Auto-postura en extensión (en decúbito). (Fig. 2).

ESTIRAMIENTOS MUSCULARES DORSALES

Auto-postura estiramiento del dorsal ancho. (Fig. 3).



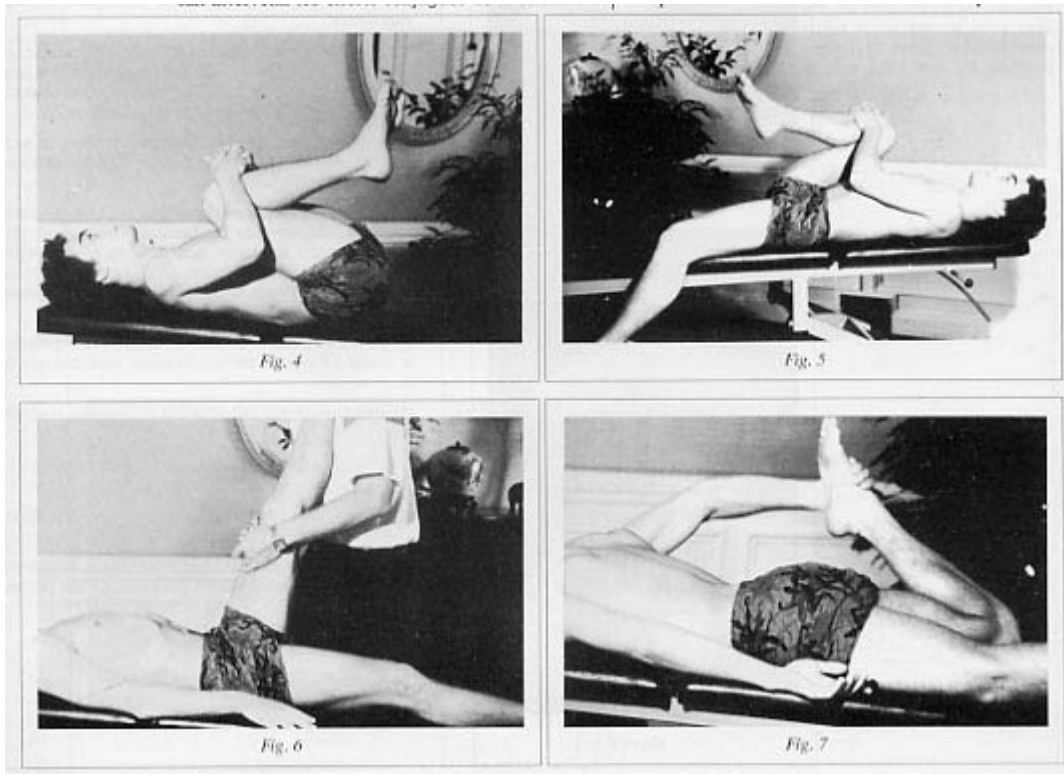
Figure 1



Figure 2



Figure 3



FLEXIBILIZACIONES ARTICULARES LUMBARES

Las rigideces lumbares son casi siempre de origen muscular. Se puede usar la técnica de la figura 4. Combina la decoaptación de las articulares posteriores en flexión con estiramiento de los músculos ilio-costales lumbares.

ESTIRAMIENTOS DE LAS MASAS SACROLUMBARES

Con la misma postura de la figura 4.

ESTIRAMIENTOS DEL PSOAS (Fig. 5)

Auto-postura del psoas derecho, pelvis bloqueada por la flexión del muslo izquierdo.

ESTIRAMIENTOS DE LOS MÚSCULOS LARGOS

Isquiotibiales (postura manual) (Fig. 6), y recto anterior (auto-postura) (Fig. 7).

FORTALECIMIENTO MUSCULAR

Tendrá en cuenta un déficit eventual y las actividades del paciente. Los músculos implicados se determinarán por el interrogatorio y el test. A menudo se tratará de corregir un déficit relativo creado por una actividad deportiva asimétrica (tenis, golf). Este trabajo se aplica según los casos a los músculos de los planos posteriores (dorsal ancho, trapecio inferior, masas lumbosacras) y/o anteriores (abdominales, diafragma-transverso, psoas).

- DORSAL ANCHO, su espesa aponeurosis lumbar es el punto de apoyo de la columna dorso-lumbar. Su función es importante en el deportista, que combina los esfuerzos de la cintura escapular y de la pelvis, provocando un efecto de rotación intenso y rápido.
- TRAPECIO INFERIOR, muy cercano al dorsal ancho. Su uso intenso tiende a trasladar los esfuerzos rotatorios a T11-T12 por su inserción distal en T11.
- Los músculos ILIO-COSTALES lumbares parecen ser el complemento natural de los dos anteriores durante los esfuerzos importantes que necesitan el máximo reclutamiento para efectuar un movimiento de enderezamiento o mantener una postura.
- La importancia de los ABDOMINALES para mantener el « espacio abdominal » se conoce perfectamente. El psoas mayor tiene un papel particular ⁽⁶⁾. Su anatomía lo hace ser el único músculo anterior (junto a las digitaciones del diafragma) que no está a distancia de la columna. Parece ser el antagonista lógico del ilio-costal cuya contracción simultánea ha de tener su rol en la « viga compuesta » lumbar.

Para efectuar el trabajo de refuerzo muscular, escogemos las contracciones isométricas máximas contra-resistencia manual en postura de corrección.



Figure 8

MOVILIZACION SEGMENTARIA

Tercer tiempo de la reeducación. Esta movilización tiene por objeto el obtener el despertar de la propioceptividad de los planos musculares profundos al ejecutar los movimientos descompuestos. Lo ideal es poder controlar el raquis zona a zona, de la región lumbosacra a la dorsal alta.

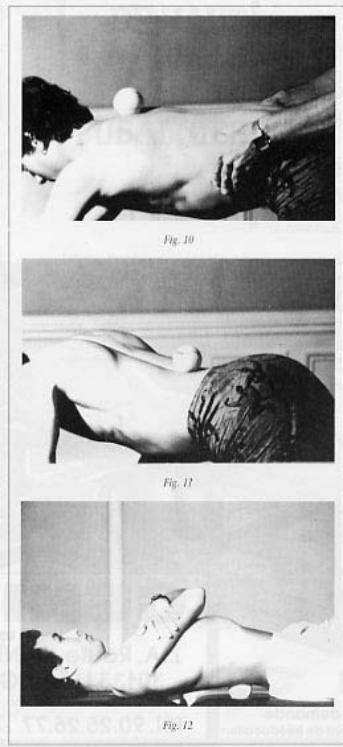
La musculatura paravertebral posterior es principalmente sobre la que se actuará.

La sedestación de utilizará en primer lugar, ya que permite controlar mejor la ejecución de los movimientos y « estimular » cada nivel por presión u oposición en las apófisis espinosas (Fig. 8).

Los movimientos de flexión, rotación, e inflexión lateral se solicitarán progresivamente (Fig. 9).



Figure 9



La posición cuadrúpeda permite una combinación de movimientos de flexión-extensión y rotación en cada segmento, parecida a la reptación. Se puede hacer trabajar solo al sujeto haciendo progresar una pelota en el canal de las espinosas (Fig. 10 y 11).

El mismo ejercicio efectuado en decúbito prono es el último estadio de esta secuencia reeducativa (Fig. 12).

Este programa de reeducación deberá completarse con:

- un aprendizaje de las reglas de ergonomía raquídea ⁽²⁾,
- un refuerzo de los cuádriceps y los pelvi-trocantéreos,
- ejercicios de ajuste postural lumbo-pélvico en

sedestación y en bipedestación (báscula pélvica).

Esta reeducación, técnicamente simple necesita además de la personalización, una colaboración muy estrecha entre el médico prescriptor, el kinesiterapeuta y el paciente.

Se dirige ante todo a los pacientes motivados, la mayoría deportistas, víctimas de una sobreutilización obligatoria de su charnela dorsolumbar (tenis, esquí, fútbol, golf).

Su finalidad es la de disminuir las tensiones impuestas a esta charnela en los movimientos de rotación del tronco actuando en parte en el conjunto de los segmentos del raquis dorsal y el lumbar durante estos movimientos, combatiendo las rigideces musculares y articulares de este eje; y por otra parte ampliando el papel protector de los músculos superficiales, y el de ajuste postural de los músculos profundos de la región dorsolumbar.

BIBLIOGRAFIA

- 1- GREGERSEN G, LUCAS D.** In "Physiologie articulaire" de IA KAPANDJI. 1 Vol, Paris, Ed. Maloine, 1975.
- 2- HALMAGRAND N.** Problèmes de rééducation posés par les lombalgies d'origine dorso-lombaire. In Lombalgies et Médecine de Rééducation, 1 Vol. 258-263, Paris, Ed. Masson, 1983.
- 3- KAPANDJI IA.** Physiologie articulaire. 1 Vol. Paris, Ed. Maloine, 1975.
- 4- MAIGNE R.** Le Syndrome de la charnière dorso-lombaire : lombalgies basses, douleurs pseudo-viscérale, pseudo-douleurs de hanche, pseudo-tendinite des adducteurs. Sem Hop Paris, 1981, 57, 545-554.
- 5- MAIGNE R, MAIGNE JY.** Syndrome des branches perforantes latérales des nerfs sous-costal et abdommo-génital (D12 et L1). Une cause méconnue de douleurs de hanche d'origine vertébrale ou locale. Ann Réadapt Med Phys 29 (1086). 29-37
- 6- REVEL M, SAMUEL J, ANDRES JC.** Physiologie du muscle psoas major. Etude EMG et déduction pour la kinésithérapie. Annales de Kinésithérapie, Tome 9, 1982,7-39.