

## Articulaciones interapofisarias y patología dolorosa común del raquis

R. Maigne

Traducción : F. Colell (GBMOIM)

Hoy día se invoca con frecuencia al disco como responsable de la patología dolorosa traumática o degenerativa de la columna vertebral y poco a las articulaciones interapofisarias. A veces se invoca a la artrosis articular posterior y se habla de esguince vertebral o vértebro-discal, pero aún es raro oír hablar de ello.

Nos parece que es necesario investigar mucho más la responsabilidad de las articulaciones interapofisarias en las algias vertebrales comunes. Ello no significa que su afectación sea necesariamente primigenia. Por el contrario, los argumentos de que disponemos nos harían pensar que la mayoría de las veces se trata de una patología secundaria debida a lesiones discales que son mudas en sí mismas.

### A) Recuerdo anatómico

Las articulaciones interapofisarias tienen una forma y una orientación variable dependiendo de los distintos niveles en el raquis. Condicionan la amplitud y la dirección de los movimientos de cada segmento vertebral (Fig. 1). Su cápsula articular es densa, ancha, bastante elástica, y las recubre como una cofia. Contienen formaciones meniscoides en el 84% de ellas (consultar para los detalles las referencias concernientes a estas formaciones). La cápsula es el órgano más inervado del raquis. Esta rica inervación es necesaria para permitir al aparato muscular de sostén la adaptación a las numerosas variaciones de tensión a las que estas articulaciones se ven sometidas.

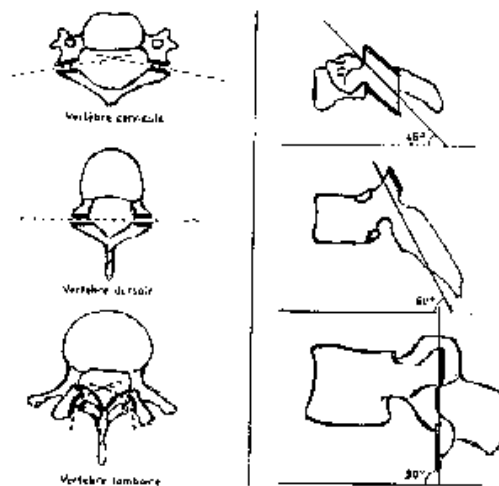


Fig. 1

En el plano anatómico señalar las íntimas relaciones que tiene esta articulación con la rama posterior del nervio raquídeo (que la rodea). La rama posterior del nervio raquídeo inerva todos los planos posteriores del dorso desde el occipital hasta el coxis: cutáneos, musculares, articulares, y ligamentosos (Lazorthes).

En el plano funcional señalar la estrecha solidaridad funcional en el seno del « Segmento Móvil » que unirá la parte anterior (el disco) con la parte posterior (las articulaciones interapofisarias). Éstas se separan en los movimientos de flexión, se acercan en los movimientos de extensión, o se comportan asimétricamente en los movimientos de torsión o lateralización.

## B) Anatomopatología de los dolores articulares posteriores

La lesión articular puede ser degenerativa, mecánica, inflamatoria, o por malformación.

### 1) Degenerativa

La artrosis puede ser primitiva como puede observarse en el raquis cervical, pero lo más corriente es que sea secundaria al deterioro estructural del disco; como por ejemplo en el síndrome post-menopáusico (de Sèze y Caroit), en el que las articulaciones lumbares inferiores han de asumir presiones superiores a sus posibilidades a consecuencia del deterioro discal, la laxitud ligamentosa, y la relajación de la musculatura abdominal. Como cualquier artrosis, la artrosis articular posterior favorece las rigideces segmentarias y los bloqueos articulares. Además sufre accesos inflamatorios. Y le acompañan reacciones peri-articulares.

### 2) Mecánica

- **Primitiva:** el bloqueo de una formación meniscoide desgarrada o arrugada es poco razonable dada la delgadez de estas pequeñas formaciones (consultar los trabajos de los Profesores Tondury y Emminger). Pero no podemos eliminar la posibilidad del pinzamiento de las vellosidades sinoviales (ricamente inervadas y vascularizadas), de las franjas grasas que pueden hincharse, congestionarse, e incluso inflamarse. No siendo estas articulaciones diferentes de las demás, pueden sufrir esguinces (Guilleminet et Stagnara, Dechaume y Antonietti, Lazorthes) con repercusión articular y periarticular que comporta edema, hidrartros, y periartrosis; provocando la irritación de la rama posterior del nervio raquídeo (Lazorthes).
- **Secundarias:** el examen segmentario vertebral sistemático (consultar la semiología del DIM) que utilizamos para la búsqueda de los signos de sufrimiento de un segmento vertebral,

nos ha mostrado la casi constancia del sufrimiento articular posterior en los desarreglos intervertebrales menores. Es disco es la clave del sistema. Su lesión modifica obligatoriamente el funcionamiento de las articulares posteriores y puede provocar su sufrimiento; lo más frecuente es que una sola de ellas sea la afectada. Esto se puede observar **las afecciones discales clínicamente evidentes**; la hernia discal modifica el equilibrio funcional del segmento móvil, el eje de fuerzas se desplaza hacia atrás; ello hace que las articulares posteriores (sobre todo una de ellas si la hernia es lateral) se ven sometidas a tensiones excesivas, y el dolor originado de este sufrir articular se suma al dolor discal y radicular. Sucede lo mismo en los bloqueos discales posteriores responsables de los lumbagos agudos o de las lumbalgias crónicas. Esto también se observa durante las **lesiones discales clínicamente mudas**. Un bloqueo posterior que no efectúe suficiente presión sobre el ligamento común posterior para provocar el dolor directamente, o una hernia discal postero-lateral que no irrite la raíz, perturbarán igualmente la dinámica del segmento móvil y también el sufrimiento de la articular posterior.

Sin duda, si la manipulación modifica sensiblemente la posición del fragmento del núcleo incluido en la fisura del anulus, podrá restablecer un funcionamiento más normal de la articulación, y hacer más soportables las tensiones a las que se ve sometida. De esta forma vemos desaparecer, a menudo inmediatamente, la sensibilidad de una articulación cervical o dorsal tras la manipulación.

A esta noción puramente mecánica hay que añadir la del desarreglo funcional (consultar el artículo sobre la semiología). Éste, que funciona enteramente de forma automática en el sistema vertebral, sobrepasa siempre al desarreglo mecánico. El fracaso en un movimiento comporta un circuito parásito en el que la contractura es el elemento más palpable. Incluso parece que este elemento funcional es más importante que el elemento mecánico y que puede sobrevivirle. La contractura permanente tiende a mantener el conflicto y la disfunción segmentaria con el consiguiente sufrimiento articular. Se crea un círculo vicioso. La manipulación, al inhibir la contractura por medio del estiramiento brusco que aporta, puede hacerla desaparecer. No obstante se puede actuar con otros procedimientos para obtener el mismo resultado (estiramientos, fisioterapia, infiltraciones, etc.).

Cualquier articulación en disfunción crónica, y con más razón si sufre episodios inflamatorios, presenta reacciones peri-articulares sensibles y bloqueadoras. Las interapofisarias no se escapan de este hecho. Ello provoca la irritación de la rama posterior del nervio raquídeo.

### **3) Malformaciones articulares**

Pueden tener un papel facilitador en la patología mecánica o degenerativa de estas articulaciones. Nos remitimos al informe de C. Gillot, que, estudiando las articulaciones interapofisarias lumbares encontró una elevada frecuencia de

malformaciones: asimetría articular, crestas horizontales favorecedoras de bloqueos articulares; además de que en esta zona las articulaciones tienen forma semi-cilíndrica que les impide deslizarse poco en flexión-extensión.

#### **4) Reumatismos inflamatorios**

No haremos más que mencionar la afectación reumática de las articulares cervicales, ya que este tema no es el objeto de este artículo. Es un signo habitual del Reumatismo inflamatorio infantil, pero bastante frecuente en la poliartritis reumatoide del adulto. Puede aparecer precozmente, pero lo habitual es que aparezca tras el tratamiento de un reumatismo durante mucho tiempo. Puede comportar manifestaciones diversas, desde la cervicalgia simple hasta las complicaciones neurológicas graves. Puede provocar luxaciones atlas-axis, y más raramente luxaciones cervicales medias (C3-C4 y C4-C5). En las pelvi-espondilitis, las interapofisarias se afectan regularmente evolucionando en tres fases: osteoporosis, erosión de las facetas con pinzamiento de la interlínea, y al final anquilosis con osificación de la cápsula.

### **C) Dolores que pueden ir ligados a una lesión de las articulaciones interapofisarias**

Es interesante saber cuáles son los dolores que pueden ser provocados por el sufrimiento de una articulación interapofisaria. Puede tratarse de:

- 1) Dolor local.
- 2) Dolor regional (rama posterior del nervio raquídeo).
- 3) Dolor proyectado "irradiado" en topografía pseudorradicular.

#### **1) Dolores locales: irritación directa de la articulación**

Como ha mostrado Taillard operando el raquis lumbar con anestesia local, provoca dolores locales y dolores irradiados (de topografía pseudorradicular) siguiendo el trayecto de la raíz del mismo nivel. Algunas ciáticas de las espondilolistesis tienen su origen en el sufrimiento de las articulaciones posteriores, como mostraron Brocher y Taillard. Con Rageot, hemos podido curar algunos con la sola infiltración de la articulación posterior.

Es fácil encontrar con la infiltración local estas irradiaciones. La sola irritación provocada por la aguja puede manifestarse con estos dolores irradiados, sobretodo cuando la articulación es patológica. Por ejemplo, en el caso nº 5, la infiltración de la articulación L5-S1 reproducía exactamente una topografía L5, hasta el dedo gordo, la misma que la del dolor espontáneo del paciente.

## 2) Dolores regionales: el síndrome de la rama posterior del nervio raquídeo

Este síndrome descrito por G. Lazorthes implica (al ser el nervio mixto) un sufrimiento a la vez sensitivo y motriz. «La contractura paravertebral es la consecuencia de la irritación de este nervio; aparece como un verdadero reflejo regional respondiendo a la irritación de las fibras de la sensibilidad propioceptiva de origen articular.

En los casos crónicos encontraremos en su territorio de inervación el mismo síndrome célula-teno-miálgico que hemos descrito en las afectaciones radiculares como ciáticas, cruralgias, o Neuralgia Cérvico Braquial (consultar el artículo sobre los Desarreglos intervertebrales y su sintomatología).

Sobretudo lo encontraremos en forma de una banda de celulalgia aislada; de algunos centímetros de altura distribuida oblicuamente en la parte externa del cuerpo. Hay que recordar que el territorio de inervación cutánea de las ramas posteriores dorsales y lumbares se sitúa por lo general a 3 o 4 niveles por debajo de su lugar de emergencia. De esta forma los planos cutáneos de la región de cresta ilíaca y de la fosa ilíaca externa están inervadas por las ramas posteriores de T12, L1, y L2. Es a este nivel y no a nivel de la charnela lumbosacra donde habrá que buscar la causa de algunas lumbalgias. La mayoría de los dolores llamados sacroilíacos, de hecho, son debidos a la irritación de las ramas posteriores lumbares que inervan los tejidos de esta región (Fig. 2).

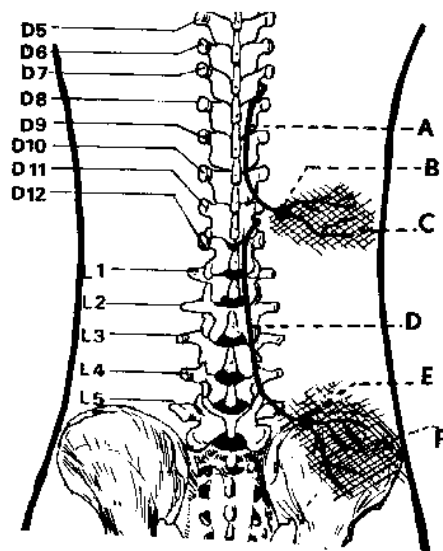


Fig. 2: Inervación por la rama posterior de los nervios raquídeos de los planos cutáneos de la espalda

- A) Rama posterior del 7º nervio raquídeo dorsal.
- B) Punto de emergencia superficial del ramo cutáneo.
- C) Zona de inervación cutánea de este nervio (T7).
- D) Rama posterior del 12º nervio raquídeo dorsal.
- E) Punto de emergencia superficial del ramo cutáneo.
- F) Zona de inervación cutánea de este nervio (T12).

El trazado es esquemático. No aparece el ramo muscular que inerva los músculos paravertebrales.

## **D) Examen clínico**

No hablaremos del examen del segmento vertebral que aparece en otro artículo de este mismo nº de los "Annales"; el examen de las articulares interapofisarias es una parte de él. No obstante recordemos brevemente que evidenciaremos el sufrimiento articular posterior palpando la articular o haciendo presión sobre ella. Esto es indoloro en una articulación normal, y muy sensible en una articulación que sufre. De esta forma se reproduce a menudo el dolor espontáneo que manifiesta el paciente. Este examen se efectúa con comodidad con el pulpejo del dedo índice o del dedo medio. Puede hacerse desaparecer el dolor local y el irradiado mediante la infiltración anestésica de la cápsula mientras que, habitualmente, el inicio de la inyección aumenta este mismo dolor.

La irritación de la rama posterior del nervio raquídeo en la práctica es consecuencia directa del sufrimiento articular y peri-articular posterior. El examen no es muy fácil. No obstante hay un signo que nos parece muy evocador del sufrimiento crónico de este nervio; la existencia de la banda aislada de celulalgia que acabamos de describir. Se buscará atentamente con el pinzado-rodado de los planos cutáneos del dorso y de las fosas ilíacas. Tendrá interés si está bien aislada en un territorio normal y si es unilateral. La maniobra del pinzado-rodado reproduce con frecuencia el dolor espontáneo del paciente. Habrá que examinar con cuidado el nivel vertebral correspondiente, acordándose del desfase de nivel y teniendo en cuenta las superposiciones territoriales con los niveles vecinos.

- En el raquis cervical el examen de las articulares posteriores es fácil al ser muy accesibles por palpación. Ésta se hace con el paciente en decúbito supino los músculos del cuello relajados y la cabeza reposando en las manos del examinador. Se palparán con cuidado las regiones paravertebrales. Las articulares interapofisarias están bajo los dedos.
- En el raquis dorsal las interapofisarias se encuentran a más profundidad. El examen se efectúa con el paciente sentado en cifosis, o muy relajado en decúbito prono. El pulpejo del índice se desliza a un través de dedo en cada lado de la línea media del raquis torácico, haciendo presión cada medio centímetro; aparece una viva sensibilidad cuando se apoya sobre una articulación posterior afectada, como lo hemos podido verificar en los controles radiológicos.
- El examen es más complejo en el raquis lumbar. Las articulares están mucho más profundas bajo una espesa capa muscular. En esta región la mejor posición para el examen es con el paciente en decúbito prono con un cojín en el vientre, o mejor aún tumbado boca abajo al través de la camilla. El médico apoya el pulgar en la región paraespinal a un poco más de un través de dedo de la espinal y determina los puntos de mayor sensibilidad, a veces con dolor irradiado. Puede tratarse de un dolor articular posterior. Hundiendo una aguja en este punto

contra el macizo articular posterior confirma el diagnóstico al revelar el mismo dolor.

El examen radiológico del que no hablaremos aquí, es el complemento indispensable del examen clínico.

## **E) Tratamiento**

Recordemos que la afectación articular posterior es, a menudo, consecuencia de un desarreglo del segmento móvil, del cual es responsable una lesión discal.

Así pues, en la mayoría de casos, el tratamiento es la manipulación. Restablece el mejor equilibrio funcional por acción mecánica o refleja sobre la contractura, o por acción sobre las dos; y hace desaparecer el sufrimiento articular posterior. La manipulación actúa también como lo hace en las articulaciones de los miembros, sobre las rigideces periarticulares, y sabemos que las lesiones traumáticas o atróficas de las interapofisarias también se acompañan de periartritis, fácilmente palpable en el raquis cervical.

El alivio que se obtiene con la manipulación, a menudo es inmediato; la articulación se vuelve insensible a la palpación mientras que el paciente se ve liberado de la molestia o el dolor. Sucede también que la banda de celulalga tan sensible momentos antes, se vuelve indolora.

Estos son además son los test de control que usamos durante los tratamientos con manipulación para juzgar el efecto de una maniobra. Si está bien escogida y el caso está bien seleccionado, cada gesto aporta un gran progreso. Ningún gesto debe irritar. A veces, tras tres o cuatro sesiones de manipulación se ha obtenido una mejoría notable, pero el paciente conserva una molestia o un dolor; entonces se practica en ese nivel una infiltración anestésica. Si con ella se consigue un resultado inmediato, el test es positivo. Entonces, generalmente, una nueva infiltración con un corticoide retard conseguirá un resultado excelente en la mayoría de los casos. Esto es especialmente cierto en el raquis cervical.

Cuando por motivos clínicos o técnicos no puede practicarse la manipulación (con mayor motivo cuando la irritación articular no es de origen mecánico – crisis artrósica inflamatoria por ejemplo-) utilizamos la infiltración articular (tras el test anestésico) preferentemente con un corticoide retard. Esto es especialmente interesante en el raquis cervical. Siempre en el bien entendido de que la afectación está en un pequeño número de articulaciones, lo que generalmente es así.

Sorprende la constatación de que en las crisis inflamatorias artrósicas, mientras la afectación radiológica es extensa, la afectación clínica muestra que son una o dos a lo máximo las articulares verdaderamente sensibles. Ello es más cierto en la patología traumática o microtraumática, en donde lo habitual es que solo exista una articular afectada. Sucede de otro modo en las afecciones del reumatismo inflamatorio.

### ***Técnica de Infiltración***

Es sencilla. Suficiente con inyectar a un centímetro y medio de la línea media en el punto doloroso a la palpación. La aguja se introduce perpendicularmente hasta el contacto óseo a profundidad creciente de cuello a lumbar. Aunque la

orientación de las articulaciones es distinta en cada nivel (cervical, dorsal, lumbar), la aguja alcanza fácilmente a la cápsula al ser ésta muy laxa.

Con frecuencia a inyección inicialmente reproduce el dolor y la irradiación habitual, lo que es un signo favorable.

## F) Casos clínicos

**1) En el raquis cervical,** encontraremos con alta frecuencia la sensibilidad de una articulación interapofisaria en:

- Los traumatismos cervicales menores.
- Las cervicalgias con artrosis cervical.
- Algunas cefaleas crónica habituales consecuencia inmediata o lejana de: un trauma cervical a menudo ya olvidado, de un problema de estática cervical, o de un mal hábito postural.

Citemos algunos casos típicos:

**Caso 1- Sr. B, 34 años.** Cervicalgias post-traumáticas tras accidente de automóvil de hace 6 meses. Dolor en el lado derecho con limitación importante de la rotación y lateralización derechas. A examen, viva sensibilidad de la articular C5-C6 derecha, que parece más gruesa que la izquierda, y cuya presión reproduce el dolor habitual. Tras tres manipulaciones mejora sensiblemente la movilidad cervical pero persiste una molestia permanente y dolor a la rotación máxima. La infiltración de medio centímetro cúbico de un derivado cortisonico intra-articular en C5-C6 derecha (muy sensible a la palpación) repetida dos veces con intervalos de una semana, suprime completamente el dolor residual y la molestia funcional.

**Caso 2- Sr. S, 65 años.** Presenta una artrosis importante de C4 a T1 que afecta a los uncus y a las articulares interapofisarias. Padece desde hace 4 meses. Transitoriamente algo aliviado al llevar un collarín minerva y la toma de antiinflamatorios tomados continuamente desde hace 2 meses, tratamiento que cada vez soporta con mayor dificultad. Dos años antes tras una prolongada crisis, se calmó con radioterapia antiinflamatoria. Posteriormente siguió dos curas sulfurosas termales.

A examen, se hace imposible la rotación derecha la rotación izquierda está muy limitada, igual que la flexión, y sobretodo la extensión. Pero lo que sorprende es que a palpación, solo la articular C6-C7 es verdaderamente sensible, parece aumentada de volumen, con la impresión de una importante reacción periarticular. La articular izquierda del mismo nivel es un poco sensible, pero menos afectada. Mucho menos que C4-C5 y C5-C6. Una primera infiltración intra-articular C6-C7 derecha provoca una intensa reacción durante 24 horas, después una mejoría muy importante del dolor. Tras cinco infiltraciones (cuatro en la derecha y una en la izquierda) el paciente está aliviado completamente y la movilidad es satisfactoria.

**Caso 3- Srta. S, 30 años.** Aqueja cefaleas occípito-orbitarias desde la edad de los 14 años. Con crisis que van y vienen cada vez más cercanas y aumentando en duración e intensidad. No están influenciadas por las reglas y no se les encuentra una causa desencadenante en particular. Se le han practicado numerosos exámenes y exploraciones durante las diferentes crisis (incluyendo una arteriografía) ya que estas cefaleas provocan importantes limitaciones en esta joven muy activa. Detalle capital, tienen siempre la misma topografía occípito-supraorbitaria (esta topografía occípito-supraorbitaria unilateral es para nosotros la topografía más frecuente de las cefaleas

cervicales). Las cefaleas aparecen a menudo por la mañana. Duran unos dos o tres días. Calman poco con el Piramidón, que era eficaz años atrás. Los múltiples tratamientos ensayados (incluidos la relajación y la psicoterapia) han fracasado. No hay pródromos (palidez, vómitos) pero sí hay náuseas a menudo. Un solo signo al examen clínico, la extrema sensibilidad de la articulación C2-C3 derecha y la existencia de una celulalgia importante en la región sub-occipital derecha. Tomando todas las precauciones se inicia un tratamiento con manipulaciones. En la tercera sesión se obtiene una neta mejoría; la celulalgia muy disminuida, atenuada la sensibilidad articular, y solo aparece una crisis semanal. Pero a pesar de continuar el tratamiento con manipulación (seis sesiones en total) la evolución está estancada; la mejoría sigue siendo apreciable pero las crisis persisten a un ritmo de dos o tres cada quince días, y la articulación C2-C3 aún es muy sensible y aún parece aumentada de volumen a la palpación. Entonces se practica una inyección intra-articular de corticoide que desencadena una crisis de cefalea de 24 horas de duración, tras la que la paciente está tres semanas sin sufrir; una segunda inyección le evita los dolores durante un mes; tras la tercera inyección no ha tenido más cefaleas (control a los cuatro meses).

**2) En el raquis dorsal**, como hemos mostrado, la mayoría de dolores son de origen cervical. Entonces se presentan con un punto doloroso característico al examen a un través de dedo de la espinosa de T5 o de T6, cuya presión reproduce el dolor habitual incluso cuando el paciente cree sentirlo más arriba o abajo.

Es el mecanismo más frecuente de los dolores llamados «de las costureras». Encontramos con gran frecuencia este dolor inter-escapular de origen cervical en los traumatismos cervicales menores o en las secuelas de las neuralgias cérvico-braquiales. De hecho, este punto doloroso para-T5 o para-T6 es la expresión de un sufrimiento cervical; sea cual sea su origen (benigno o maligno); y parece que sea discal, articular posterior, o incluso intra-raquídeo. Escusado decir que en la mayoría de los casos es de naturaleza benigna y mecánica.

Este punto para-T6 corresponde a la emergencia de la rama posterior de T2, siempre más importante que sus vecinas. La infiltración de ésta en su emergencia hace desaparecer el punto interescapular; y a veces, sobretodo en las formas agudas, el dolor dorsal. Las relaciones entre el raquis cervical inferior y esta rama no están claras. Parece tratarse del nervio sinu-vertebral y de las anastomosis entre las ramas posteriores cervicales y las dorsales superiores.

Peor lo que aquí interesa es que no hay que hay que considerar el punto interescapular como sufrimiento de la articulación interapofisaria sub-yacente. Al contrario, infiltrando la articular cervical (si es la responsable) es cuando se logra hacer desaparecer (a veces instantáneamente) el punto doloroso y la dorsalgia.

He aquí un caso de dorsalgia de origen cervical:

**Sra. Bou... 30 años.** Traumatismo cervical por accidente de automóvil hace 6 meses. Presenta cervicalgias izquierdas y sobretodo una dorsalgia interescapular muy molesta. Fracaso de los tratamientos farmacológicos y agravación en un intento de rehabilitación. Radiologicamente: cifosis cervical. A examen: viva sensibilidad de la de la articulación C5-C6 izquierda que parecía aumentada de volumen.

Una infiltración de Triamcinolona alivia inmediatamente la cervicalgia, y media hora más tarde el punto T6 (tan sensible a la presión) había desaparecido. A control 15 días más tarde, casi no sufría nada. Una segunda infiltración la desembarazó de sus cervicalgias y de su dorsalgia rebelde.

El caso siguiente es una dorsalgia de origen dorsal:

**Srta. Ch..., 42 años.** Dorsalgia tras una caída de caballo hace dos años, que provocó un aplastamiento de T8. El examen evidencia una sensibilidad viva en la región paravertebral T8-T9 derecha. El punto doloroso se corresponde con la articular posterior. Una inyección de Novocaína alivia completamente el dolor durante unas horas. Ocho días más tarde se efectúa una segunda inyección de Triamcinolona retard y se obtiene el alivio definitivo de este dolor residual que era debido al esguince articular aparecido al mismo tiempo que la fractura vertebral.

**3) En el raquis lumbar,** sobretodo son las lumbalgias, pero a veces los síndromes pseudo-radiculares engañosos los que dependen del sufrimiento de las articulaciones interapofisarias.

**Caso 4- Sr. B, 54 años.** Presenta dolores lumbares de predominio derecho desde hace años y que van agravándose. Sobretodo sufre sentado, en el automóvil, y de pie. Nunca ha tenido ciática aguda, pero con frecuencia presenta irradiaciones en la cara posterior del muslo derecho. Moderada discopatía radiológica L4-L5 y L5-S1. La flexión anterior está limitada (dedo-suelo 40 cm). A veces dolor con la tos. Los músculos de la fosa ilíaca externa derecha son muy sensibles a la palpación.

Tratado con cinco manipulaciones mejora nítidamente en la movilidad (dedo-soleo 10 cm). No más irradiaciones dolorosas. Los músculos de la fosa ilíaca externa ya no son sensibles. El dolor es menos fuerte pero persiste, y es máximo en la cresta ilíaca derecha, en donde se palpa al pinzado rodado una zona de celulalgia muy sensible cuya presión recuerda el dolor residual.

Se piensa entonces en la posibilidad de la irritación de la rama posterior de T12-L1. Y allí se encuentra efectivamente un dolor a la presión lateral contrariada de las espinosas y un dolor a la presión sobre la articulación interapofisaria derecha. La infiltración de un corticoide retard atenúa el dolor lumbar, que acaba desapareciendo con la tercera infiltración. Esta lumbalgia de la charnela se superponía a una lumbalgia de origen vertebral alto, algo que está lejos de ser excepcional.

**Caso 5- Sr. T, 55 años.** Presenta un dolor ciático izquierdo desde hace dos meses. La topografía es muy precisa, sigue un trayecto L5 irradiando hasta el dedo gordo del pie. Tratado con infiltraciones anti-inflamatorias, reposo en cama durante 20 días, y corsé de yeso, sin obtener mejoría. Se encontraba mejor con el corsé de yeso, pero el reposo duradero fue penoso y tuvo que usar potentes calmantes.

A examen, el raquis estaba muy rígido, con contractura « en cuerda » de los canales paravertebrales al hacer flexión anterior (muy limitada) que también desencadena el dolor ciático. El Lasègue es solo a 70°. Reflejos y potencia muscular normales. Sin alteraciones sensitivas objetivas.

Importante discartrosis radiológica L5-S1 y artrosis articular posterior; el espacio L4-L5, aunque un poco reducido no presenta lesiones visibles. Se le aconseja una radiculografía, motivo por el que viene a consultar antes de someterse a ella.

Al examen se halla una extrema sensibilidad de la región paravertebral izquierda en L5. En un punto preciso que parece corresponder a la articular posterior, la presión con el dedo desencadena, “en gatillo”, el dolor irradiado. Entonces pensamos en la posibilidad de una pseudo-ciática por dolor articular posterior, e infiltramos la articulación. El solo contacto de la aguja con la cápsula provoca un estallido de viva

irradiación, igual que la inyección de  $\frac{1}{2}$  cm<sup>3</sup> de triamcinolona retard. La irradiación sigue exactamente el trayecto habitual del dolor hasta el dedo gordo. El paciente está mejor desde la infiltración, es posible hacer la flexión anterior (disminuye la contractura). Inmediatamente presenta una pequeña reacción dolorosa nocturna. Tres días más tarde padece mucho menos, el raquis es más flexible, no hay Lasègue. Se practica una segunda infiltración. Un mes más tarde declara no haber sufrido más tras la segunda infiltración y el raquis está perfectamente flexible e indoloro.

## G) Conclusión

Nos parece que el sufrimiento de las articulaciones inetrapofisarias (lo más frecuente es que sea de una sola) es una constante en los dolores vertebrales comunes. La rica inervación de la cápsula y su contigüidad a la rama posterior del nervio raquídeo hacen que este sufrimiento sea particularmente «explícito». Esta afectación se manifiesta con dolores locales y dolores regionales por irritación de la rama posterior del nervio raquídeo, dolores irradiados que a menudo tienen una topografía pseudo-radicular.

La prueba de su responsabilidad puede avanzarse con los resultados obtenidos con la infiltración local. La exploración de estas articulares es particularmente fácil en el raquis cervical.

Las lesiones pueden ser reumáticas, por crisis inflamatorias artrósicas o en los reumatismos inflamatorios. Pero en materia de patología vertebral común las lesiones son esencialmente mecánicas, eventualmente favorecidas por el deterioro artrósico o las malformaciones. Puede tratarse de lesiones primitivas, bloqueos intra-articulares, o esguinces vertebrales de los que su existencia aún es hipotética.

Pero lo que parece más creíble es su sufrimiento secundario consecuencia de lesiones discales o de hernias discales que no siempre son directamente sintomáticas.

A menudo el tratamiento será la manipulación, aunque en estos casos la infiltración presta un gran servicio.

---

## Bibliografía

- Caroit M.** Le syndrome trophostatique de la post-ménopause musculaire. *Thèse Paris, 1953.*
- Dechaume J., Antonietti C., Bouvier A., Duroux P.** Sympathique et arthroses cervicales. Documents anatomiques. *J. Méd. Lyon, 1961, 493-528.*
- Guillemin M, Stagnara P.** Rôle de l'entorse vertébrale dans les rachialgies. *Presse Méd., 60, 274, 1952.*
- Lazorthes G. et Gaubert J.** La branche postérieure des nerfs rachidiens. L'innervation des articulations inter-apophysaires vertébrales. 42<sup>e</sup> réunion de l'Association des Anatomistes, Lisbonne 1956.
- Lazorthes G. et Gaubert J.** Le syndrome de la branche postérieure des nerfs rachidiens. *Presse Médicale, 64<sup>e</sup> année, no 87, décembre 1956, 2.022.*
- Maigne R.** Une forme fréquente de dorsalgie commune de l'adulte : l'algie interscapulovertébrale. Son origine cervicale. Diagnostic et traitement. *Maroc Med, 1967, 47, 73-79.*

**Maigne R.** Douleurs d'origine vertébrale et traitements par manipulations. Exp. Scientifique Française. Ed. 1, vol. 482 pages, 1968.

**Maigne R.** Les cordons musculaires douloureux dans certaines sciatiques et cruralgies rebelles. *Cinésiologie*, no 37, 1970, p. 231.

**Maigne R.** Les infiltrats cellulitiques conséquences d'algies radiculaires et causes de douleurs rebelles. *La Vie Médicale*, avril 1971, no 4.

**Rageot E.** Le Corre F., Orsini A., Maigne R. Rôle des articulaires postérieures dans la douleur sciatique du spondylolisthésis. Traitement par injections locales d'un corticoïde retard. A paraître dans *Cinésiologie*.

**Sèze de S.** Le syndrome douloureux vertébral trophostatique de la post-ménopause. *Ann. Méd. Phys.*, 1M9, 2, 1, 1-7.

**Taillard W.** Les spondylolisthésis. 1 vol. 181 p., Masson édit. Paris 1957.

---

**Centre de Rééducation de l'Hôtel-Dieu (Paris)**

---