

LUMBALGIA BAJA Y CIÁTICA

Consideraciones especiales a tener en cuenta en su exploración y abordaje, desde la perspectiva de la Medicina Ortopédica y Manual.

Dr. José M^a Gil Vicent, GBMOIM.

Actualmente se admite, con un amplio consenso de las diferentes Escuelas de Medicina especializadas en la Patología del Aparato Locomotor, que a lo largo de la vida, una serie de factores anatómicos y biomecánicos condicionan la parte más baja de la columna vertebral, haciendo de la región lumbosacra la zona más vulnerable del raquis. Estos factores son:

1) Los esfuerzos repetidos de flexión, que provocan estiramientos del ligamento longitudinal posterior, tanto por el propio movimiento como por el aumento de presión que conlleva sobre el mismo el desplazamiento posterior del disco.

2) Los esfuerzos repetidos en extensión y en hiperextensión, que condicionados por el freno del ligamento común vertebral anterior, aumentan la presión del disco sobre el ligamento posterior, la duramadre y las raíces nerviosas emergentes.

3) La irritación y la hipertrofia progresiva de las articulaciones posteriores, cuyas carillas articulares y sus correspondientes membranas sinoviales degeneradas disminuyen el diámetro de los agujeros de conjunción, favoreciendo así la lesión paulatina y progresiva de las raíces nerviosas.

4) La sobrecarga crónica de los discos y las pequeñas articulaciones de dicha región que, incrementada por los trabajos de esfuerzo, la sedestación prolongada y la práctica imprudente de deportes muchas veces inapropiados, castiga con mayor frecuencia los segmentos vertebrales L4-L5 y L5-S1.

5) La presencia de frecuentes anomalías de transición lumbosacra, que condicionan alteraciones en el comportamiento biomecánico de la zona.

Todos estos factores de carácter eminentemente mecánico, en ausencia de otros problemas patológicos o enfermedades, son suficientes para castigar las estructuras vertebrales de manera que:

- Los discos lumbares sean más propensos a sufrir lesiones y a que en ellos se produzcan mayor número de herniaciones.

- Que tanto el cuerpo vertebral de L5 como sus articulares superiores e inferiores degeneren con mayor rapidez y con mayor reacción proliferativa de defensa.
- Que los agujeros de conjunción del segmento L4-L5 y sobre todo los lumbosacros, sufran estenosis secundarias a las reacciones hipertróficas de sus estructuras limitantes.

Todo ello se traduce en el adulto en un aumento de las lesiones discales, especialmente las hernias; en un aumento de las lesiones degenerativas articulares, con daños estructurales secundarios y la presencia de conflictos de espacio para las raíces nerviosas, representados principalmente por las estenosis foraminales y el estrechamiento del propio canal raquídeo; y en fenómenos de alteración de la movilidad de la región por más o por menos, dando los clásicos cuadros de inestabilidad dolorosa lumbar o de pérdida de movilidad por rigidez estructural; y por lo general, todos estos cuadros patomecánicos, aparte de sus síntomas específicos, se acompañan de dolor. Es el dolor lumbar bajo o "*low back pain*" de los autores ingleses.

Estas consideraciones, en Medicina Ortopédica y Manual van a condicionar de manera importante la valoración de los hallazgos de la exploración del paciente desde el mismo momento de la anamnesis, ya que para llegar a un buen diagnóstico resulta tan interesante conocer el comienzo de los síntomas como la duración de los mismos.

ANAMNESIS

En cuanto al inicio, el dato de un esfuerzo en flexión, seguido de un episodio de bloqueo y un dolor vivo lumbar instantáneo, nos debe hacer pensar en un desplazamiento anular. Y si luego sobrevienen dolores en el pie y la pierna, podremos pensar en la posibilidad de una hernia discal. Es más, cuando existe este antecedente, aunque sea relativamente lejano en el tiempo, es normal que posteriores esfuerzos en flexión se acompañen de un dolor lumbar moderado que, tras el reposo nocturno, puede reactivarse con intensificación del mismo y acompañarse de inmovilización por bloqueo doloroso.

En cuanto a la duración de los dolores, la existencia de dorsalgias o dorsolumbalgias previas de larga duración, aparte de excluir una causa de instauración progresiva o maligna, no guarda relación con las lumbalgias bajas;

sin embargo, la presencia de dolor lumbar o dorsolumbar de tipo intermitente sí la guarda, ya que tanto puede relacionarse con un lumbago común como con una hernia discal.

En cuanto a la localización del dolor, si ésta es variable, puede ser la expresión de un lumbago, de un tirón muscular o de una contractura.

Si es una lumbalgia muy baja, irradiada hasta la zona glútea, nos hará pensar en un problema sacroilíaco (incluso una artritis).

Si el dolor en principio es de localización axial y luego se vuelve unilateral, puede deberse a una lesión discal o a una disfunción miofascial (punto T).

Y en cuanto a la edad, las lumbalgias en jóvenes hacen pensar en lumbagos de esfuerzo, existencia de anomalías de transición o presencia de espondilolistesis.

La degeneración discal y los desplazamientos discales lumbosacros suelen darse después de los 35 años.

Las fracturas espontáneas o causadas por traumas menores son propias de edades avanzadas y hacen pensar en problemas osteoporóticos, especialmente en mujeres delgadas.

EXPLORACIÓN

Inspección (Debe practicarse en estatismo y en movimiento).

a) Inspección de la Estática

- *Una región lumbar plana* indica una contractura intensa de los músculos paravertebrales.

- *Una cifosis alta* es sugestiva de espondiloartritis anquilosante.

- *Un paciente encorvado hace delante* de la región lumbar y las caderas, nos orienta hacía un problema de cadera (coxartrosis).

- *Un aumento de la lordosis* es propio de una insuficiencia de la musculatura abdominal o de una espondilolistesis.

- *Una báscula pélvica* puede hacer pensar en una disimetría de MMII o bien en una contractura en flexión de una cadera.
- *Una inclinación corporal a un lado*, sin báscula pélvica, puede ser una maniobra compensatoria en una ciática grave, cuando el paciente se inclina hacia el lado no doloroso.
- *Ante una curva escoliótica*, hay que discernir si se trata de una escoliosis idiopática (cuya curva no desaparece al ponerse el paciente en decúbito prono) o bien de una escoliosis funcional asociada a una radiculopatía (en cuyo caso, la curva se corrige en decúbito).
- *Otros hallazgos cutáneos lumbares*, como la presencia de manchas oscuras, depresiones o mechones de pelo en región lumbosacra, nos pueden orientar hacia la presencia de una espina bífida.

b) Inspección de la marcha

La marcha puede alterarse por causa del dolor lumbar y en ocasiones también por el dolor dorsal. Por ello cuando hay dolor lumbar deben valorarse:

- . *La rigidez del raquis lumbar al caminar*, ya que puede ser secundaria a la contractura muscular.
- . *La marcha forzada*, ya que indica la influencia de un mecanismo antiálgico.
- . *La marcha envarada*, en la que para caminar sólo se usan los movimientos de cadera y el balanceo del cuerpo.
- . *La dificultad de mantener la línea de marcha*, que denota déficits musculares unilaterales.
- . *La dificultad de caminar de talones*, ya que indica fallo de los músculos peroneos y por lo tanto afectación de la raíz L5.
- . *La dificultad de caminar de puntillas*, pues denota debilidad del tríceps sural, que si es unilateral, corresponderá a una radiculopatía S1.

c) Inspección de la movilidad

Debe valorarse la movilidad activa global del tronco, así como la movilidad por regiones en todas las direcciones posibles, anotando sus limitaciones y si

éstas se acompañan de dolor en sus límites o antes de llegar a los mismos, prestando atención a lo que aquí se indica para su mejor interpretación.

- *Alteraciones de la flexión del tronco*, la rigidez del raquis sólo deja libre la flexión de las caderas. La severidad del síntoma se mide con arreglo a la distancia dedos-suelo.

- *Alteraciones de la extensión del tronco*, que puede ser limitada y dolorosa en las contracturas y en las espondilitis. Si se acompaña de dolor en nalgas o en piernas es de origen articular (caderas). Si se acompaña de dolor urente en cara anterior del muslo (meralgia) puede deberse a radiculopatía L3 por discopatía L2-L3. Si es dolor sólo con tensión muscular, puede ser contractura de los aductores por coxopatía.

- *Alteraciones de la flexión lateral del tronco*, pueden ser multicausales, desde la rigidez artrósica, contractura muscular contralateral, síndrome miofascial homolateral con presencia de Puntos T, osteoporosis, antiguas fracturas vertebrales y enfermedades inflamatorias o infecciones osteoarticulares.

- *Alteraciones en las rotaciones*, bien sea por su limitación uni o bilateral, o por la presencia de dolor en una o en ambas direcciones.

Luego se explorará también la movilidad pasiva, prestando extrema atención a la presencia de “topes” en los límites de la misma y su tipología (tope duro, tope blando, tope con rebote).

Una exploración minuciosa de la movilidad, además de ser útil para el diagnóstico, nos servirá también para conocer las direcciones libres e indoloras en los arcos de movimiento, que nos permitan plantear las direcciones de los gestos manipulativos en el caso de que el cuadro doloroso estudiado fuera tributario de indicación de tratamiento por técnicas de Medicina Manual.

EXPLORACIÓN DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

Partiendo de zona proximal a distal, las maniobras exploratorias deben abarcar toda la extremidad inferior, pues los resultados nos pueden aportar gran información en los casos de dolor lumbar bajo y de ciática.

. *La movilidad de las caderas*, en especial los movimientos combinados de flexión-abducción y rotación externa-extensión, para descartar coxopatías.

. *La presencia del signo de Lasègue*, para diagnosticar el sufrimiento radicular, tomando nota de los grados del umbral doloroso.

- . *Exploración del signo de Bragard*, complementario al anterior y con mayor componente de estiramiento radicular.
- . *Test de tensión de la duramadre*, combinando la maniobra de Lasègue con la flexión pasiva del cuello.
- . *Presencia de signos de atrofia muscular*, por medida del perímetro de los muslos y comparación del lado doloroso con el sano.
- . *Presencia de signos segmentarios a distancia* en rodillas, con clínica de seudotendinitis o de falsa meniscopatía interna, por disfunción intervertebral L3-L4.
- . *Exploración de la sensibilidad proximal y distal del miembro*, guiándonos por las metámeras.
- . *Exploración del reflejo rotuliano*, cuya disminución unilateral sugiere una radiculopatía de L2, L3 o L4.
- . *Exploración del reflejo aquileo*, cuya disminución detecta una radiculopatía de S1.

EXPLORACIÓN MANUAL DEL TRONCO

Las técnicas de palpación superficial y profunda a nivel local y regional nos permitirán la exploración manual de la piel, el tejido graso, la fascia superficial, los planos musculares superficiales y profundos, los relieves óseos y articulares y los trayectos nerviosos, especialmente los sensitivos.

Así mismo podemos apreciar por palpación la temperatura local y sus cambios regionales, el tono muscular en reposo y en actividad, y efectuar el balance de los movimientos contra resistencia.

También mediante palpación y presión combinadas, podemos explorar los puntos dolorosos, las disfunciones miofasciales, los nódulos contracturados, las bandas tensas, la presencia de puntos T superficiales o profundos, de puntos insercionales doloridos (como en el caso de la apicotransversa de L3), identificar puntos desencadenantes e incluso provocar reflejos dolorosos de huída.

Finalmente, mediante técnicas de palpación especial, como en el empleo de la técnica del “pinzado-rodado”, podemos estudiar las manifestaciones segmentarias próximas y “a distancia” relacionables con desarreglos

intervertebrales dolorosos menores, como las celulalgias y dermalgias reflejas, las seudotendinitis y las periostitis que acompañan al síndrome tenocelulomiálgico en sus variadas manifestaciones propias de cada localización segmentaria del desarreglo doloroso intervertebral menor (DDIM). (www.gbmoim.com Sec. Formación. Apto. Artículos: “La Palpación en Medicina Manual”)

Estas maniobras de exploración nos permiten distinguir entre las lumbalgias por disfunción segmentaria (DDIM), las lumbalgias mecánicas (lumbago de esfuerzo y lumbalgia facetaria), las lumbalgias con clínica seudociática (ciática no discal de Sturniolo), las lumbociáticas discales (no deficitarias, deficitarias y paralíticas) y las lumbalgias inflamatorias (infecciosas y metastásicas), permitiéndonos identificar con exactitud el nivel segmentario donde se encuentra la lesión funcional, degenerativa o compresiva y optar así mejor por una buena indicación de tratamiento, así como distinguirlas de todas aquellas lumbalgias de origen extravertebral, a las que dedicaremos un próximo artículo.