

Técnicas como Kabath, Nadys y Odonohu son utilizadas para fortalecimiento muscular en la tercera semana y en niños mayores de 4 años, teniendo en cuenta que para una buena realización de estas se requiere la colaboración del paciente.

Antes de iniciar el entrenamiento en marcha, es importante tener en cuenta la medida tanto REAL como APARENTE de los miembros inferiores, pues-

to que si existe una discrepancia, se aconsejaría el uso de un realce, para obtener un patrón de marcha satisfactorio y funcional y evitar posteriores deformidades y alteraciones posturales.

La eficacia del tratamiento fisioterapéutico dependerá de la edad del paciente, la severidad de la lesión y de una colaboración "activa" por parte del paciente y su familia como complemento.

VI. REHABILITACION EN LA ESPALDA DOLOROSA

*Dr. Alvaro Silva Ardila
Bogotá - Colombia*

INTRODUCCION

El dolor lumbar y en general el dolor de espalda ocupan el segundo lugar como causa de consulta médica y son responsables de una gran incapacidad laboral, considerada en los Estados Unidos en el año 1987 con cifras en dólares equivalentes al presupuesto de Defensa; de manera que hoy en día los países desarrollados están elaborando estrategias dirigidas a la creación de sistemas preventivos a nivel industrial que permitan disminuir los altos costos que representa esta entidad.

La lumbalgia no es una alteración per-se, sino únicamente como síntoma de una afección músculo-esquelética o neurológica localizada en la columna. Son innumerables las causas que pueden llevar a dolor de espalda, sin embargo hay una manifestación común a todo tipo de patología y ésta se localiza a nivel muscular, pudiendo a su vez ser responsable de una serie de alteraciones que se producen en cascada. Todo se inicia con la modificación del balance muscular de la espalda, dado principalmente por los flexores de cadera y rodillas por los abdominales y extensores vertebrales.

Parece ser que la posición sedente favorece la retracción de los músculos flexores de las caderas y de los isquiotibiales produciendo un aumento de la anteversión de la pelvis e hiper lordosis lumbar, ésta última permite que la carga que recibe los discos se localice en la parte posterior del anillo fibroso con las lesiones que llevan a la hernia del disco como veremos más adelante. De cualquier manera la anteversión pélvica favorece el acortamiento de los músculos lumbares, cuando se efectúan los movimientos de flexión anterior del tronco y hay una retracción de los isquiotibiales, estos frenan la pelvis

llevando a que la flexión se realice a nivel vertebral, donde ya hay restricción de los movimientos por la alteración de sus músculos intrínsecos, lo que produce dolor por el estiramiento que allí se produce. Por otro lado, la hiperlordosis lumbar puede llevar a un aumento de la cifosis torácica de tipo compensatorio, creando así un nuevo problema y otra causa de dolor; el sedentarismo conlleva también a la debilidad progresiva de los extensores vertebrales y de los abdominales, músculos básicos en el balance vertebral; cuando éstos grupos musculares se ven sometidos a esfuerzos físicos, bien sea oficios caseros, trabajo de escritorio, etc., éstos músculos debilitados se fatigan fácilmente y responden con dolor, el cual mejora durante el reposo, pero si la exigencia física aumenta el dolor puede llevar a producir espasmos musculares los cuales se pueden acompañar inclusive de fenómenos inflamatorios dentro de la fibra muscular, dolor éste que mejora parcialmente durante el reposo. El fenómeno inflamatorio puede incluir la fascia muscular y localizarse sobre los llamados puntos gatillo del músculo dando origen a los síndromes miofasciales, los cuales se acompañan de dolores referidos a puntos distantes que pueden llegar a parecerse a los dolores radiculares pero que durante el examen neurológico no tiene correspondencia metamérica.

El dolor lleva a que el paciente evite ejercitar el músculo con el aumento de la atrofia, creando así un círculo vicioso.

En algunos pacientes no se instaura el síndrome miofascial pero la atrofia muscular lleva a dolor cuando se ve exigido dicho músculo, pudiendo aparecer por largos periodos incluso años, cuando además el paciente por su personalidad, usa el dolor

para llamar la atención hacia sus familiares y esto produce ganancia secundaria, éstos síndromes dolorosos se pueden perpetuar por años.

La inflamación crónica de la fibra muscular hace que éste se reemplace por fibrosis disminuyendo así el poder de contracción y elasticidad del músculo y creando así una causa permanente de dolor, éste ya no susceptible de manejo médico ni fisioterapéutico.

Existe otro tipo de pacientes donde además se encuentra patología a nivel discal, facetario ó radicular bien sea aislado o asociado entre sí, pudiendo existir concomitantemente dolor por los movimientos anormales, es decir inestabilidad, o dolor por el roce de fascetas artrósicas o por compresión radicular, todos estos fenómenos se acompañan de un

mecanismo defensivo común: la restricción del movimiento que desencadena el dolor, llevando a la atrofia muscular la retracción y el círculo vicioso que ya mencionábamos, llegando incluso a ser la causa de dolor más incapacitante en el paciente y sobre agregando nuevos síntomas.

Si a esto le sumamos la personalidad generalmente ansiosa de estos pacientes, donde los problemas de la vida diaria repercuten en el tono muscular de la espalda por "tensión nerviosa", que llevan a la fatiga muscular y al cuadro doloroso ya mencionado, tendremos agrupados a casi la totalidad de nuestros pacientes. Insistimos en la comprensión racional del problema para poder efectuar el tratamiento completo de éste y asegurar así el resultado exitoso y definitivo de estos enfermos.

VII. REHABILITACION EN LA ESPALDA DOLOROSA SINDROMES COMPRESIVOS

Dr. Ricardo Londoño Gutiérrez
Bogotá - Colombia

La hiperlordosis lumbar secundaria a una mala postura, desencadena una serie de cambios en la columna vertebral, que se manifiestan inicialmente con el dolor lumbar ocasionado por la tensión exagerada de ligamentos y por la contractura de músculos que tratan de mantener las curvas normales de la columna vertebral.

A continuación, se presentan el síndrome facetario, secundario a cambios degenerativos del complejo articular posterior, y la discopatía ocasionada por cambios mecánicos y microtraumas en el disco vertebral. Cuando estos procesos degenerativos continúan su evolución, pueden dar origen a la estenosis del canal lumbar y a la espondilolistesis degenerativa.

Síndrome facetario: cambios artrósicos facetarios con disminución del espesor del cartílago y con laxitud de la cápsula articular. Hay un aumento anormal en la movilidad articular con formación de osteofitos, hipertrofia de las láminas, facetas y ligamentos amarillos.

Cuadro Clínico: dolor lumbar en reposo y rigidez matinal que disminuyen con la actividad diaria o

con ejercicios leves. La posición fetal disminuye el dolor, la extensión de la columna aumenta los síntomas. Los pacientes permanecen de pie, en constantes cambios de posición para disminuir el dolor.

Degeneración discal: se producen desgarros radiales del anulus fibroso que permite la hernia del disco, o la disminución de la resistencia, con pérdida en la altura del espacio intervertebral. Hay un aumento en los movimientos entre los dos cuerpos vertebrales, (inestabilidad), con posterior formación de osteofitos circunferenciales, (estabilidad).

Cuadro clínico: dolor lumbar que aumenta con la posición de pie y sedente prolongada; con la actividad física y flexión del tronco. La tos, el estornudo y el pujo pueden reproducir el dolor lumbar y la ciática. Se pueden encontrar alteraciones motoras y/o sensitivas y signo de Lasegne.

Estenosis del canal lumbar: El síndrome facetario y/o la degeneración discal, llevan a una disminución en el volumen del canal raquídeo. Hay un aumento en la presión intrarraquídea con inflamación de los tejidos neurales.