

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.

Cuadro clínico: dolor lumbar, en región glútea o en miembros inferiores de predominio nocturno. Debilidad muscular, sensación de quemazón y adormecimiento de miembros inferiores que se aumenta con la marcha y disminuye con el reposo. Pueden existir alteraciones sensitivo y/o motoras, en los reflejos y en la frecuencia urinaria.

*Espondilitis degenerativa:* combinación del síndrome facetario y de la degeneración discal. Hay un desgaste marcado del cartílago articular, y una disminución en la altura del espacio intervertebral, permitiendo el desplazamiento posteroinferior de la vértebra superior sobre la inferior.

Cuadro clínico: dado por la estenosis del canal lumbar y en la mayoría de los casos por el atrapamiento de la raíz de L5. Los cambios descritos anteriormente progresan a través de tres estadios clínicos:

*Disfunción:* signos y síntomas leves; el tratamiento con rehabilitación es altamente satisfactorio (dolor lumbar de origen muscular y síndrome facetario).

*Inestabilidad:* signos y síntomas más frecuentes, aparecen alteraciones a los RX.; el tratamiento con rehabilitación es satisfactorio y en pocos casos se hace necesario el tratamiento quirúrgico (estenosis del canal lumbar lateral, espondilolistesis degenerativa).

*Estabilización:* cambios más severos con formación de osteofitos, disminución del movimiento y atrapamientos fijos de las raíces nerviosas.

Algunos pacientes mejoran con rehabilitación y en otros se hace necesario el tratamiento quirúrgico (estenosis central y estenosis lateral fija).

## VIII. MANEJO FISIOTERAPEUTICO DEL DOLOR LUMBAR RELACIONADO CON PATOLOGIA VERTEBRAL

*Ft. María del Pilar Arcila  
Bogotá - Colombia*

El diagnóstico y entendimiento de la patología vertebral permite efectuar un tratamiento racional y de allí la importancia de realizar una valoración completa del paciente, igualmente la existencia de una inter-relación Médico-Fisioterapeuta.

Dentro de las patologías vertebrales más frecuentes se incluye la enfermedad discal, el canal estrecho, la espondilolistesis y la espondilolisis. Los cuadros clínicos de éstas se pueden presentar entrelazados unos con otros pero es claro que en todas hay una alteración muscular importante.

Para poder hablar de una manera objetiva sobre el manejo Fisioterapéutico de estas patologías, analicé 117 pacientes tratados en el último año en mi consulta particular, con diagnóstico de dolor lumbar, de los cuales 78 presentaban síndrome miofascial e imbalance muscular sin patología vertebral asociada, 25 padecían de enfermedad discal, 9 canal estrecho y 5 de espondilolistesis y espondilolisis lo que equivale a un 33%.

El 72% de estos pacientes presentaban algún grado de compresión radicular, en el grupo restante el dolor obedecía a una causa mecánica.

El 70% presentaba retracción moderada o severa de los músculos flexores de cadera, flexores de rodilla y espinales bajos. De igual manera se encontró en todo el grupo analizado debilidad de músculos espinales altos, rectos y oblicuos del abdomen y glúteo mayor con una calificación promedio de 2. El músculo recto del abdomen se encontraba debilitado en el 80% de los pacientes y 68% presentaban retracción de espinales bajos e isquiotibiales.

De estos pacientes el 45% realizaban trabajos pesados, el 20% eran amas de casa y el 35% llevaban una vida sedentaria con trabajo de oficina. El cuadro doloroso desapareció en promedio a los 30 días, en 6 pacientes no hubo mejoría y luego de una nueva valoración médica fueron intervenidos quirúrgicamente 3, lográndose en ellos mejoría del 90%; los 3 restantes rechazaron el tratamiento quirúrgico y se encuentran muy limitados en sus actividades físicas ordinarias y con un dolor residual importante.

La rehabilitación muscular se inició en promedio a los 24 días después de comprobar que si el paciente no presentaba un alivio del dolor por lo menos de un 80% se reproducían los síntomas iniciales.