

Lumbalgia crónica



ARGENTINA

Autor: *Rodolfo Leiserson, experto en dolor miofascial adscrito al Centro de Ergosinergia, Buenos Aires, Argentina.*

La lumbalgia crónica puede asentar en el área D12-L1 (lumbalgia alta-back pain) o en el área L4-L5-S1 (lumbalgia baja-low back pain). La lumbalgia alta puede irradiarse en cinturón o hacia la zona dorsal, en tanto que la lumbalgia baja puede, a su vez, irradiarse al miembro inferior en el territorio del nervio ciático: lumbociático o al sector lumbar alto, comprometiendo globalmente la zona lumbar. Las disfunciones pueden ser disco-cápsulo-ligamentosas vertebrales, sacroilíacas, miofasciales o posturales.

Disfunciones disco-cápsulo-ligamentosas

- Espacio intervertebral anterior: pinzamiento, protrusión o hernia discal franca y/o discopatía degenerativa (artrósica) única o multi-nivel.
- Articulaciones intervertebrales posteriores: facetas.
- Cápsula y ligamentos articulares.
- Ligamentos interespinosos: es poco frecuente y se diagnostica después de haber descartado las anteriores.

Disfunciones sacroilíacas

Sólo describimos los trastornos funcionales (bloqueos). Las articulaciones sacroilíacas poseen una muy moderada movilidad con respecto a las alas ilíacas. La rigidez articular unilateral puede bloquear la articulación habitualmente en nutación o raramente en contranutación. El bloqueo se manifiesta como lumbosacralgia o como ciática (por contracturas musculares de los músculos rotadores externos de la cadera y/o de la aponeurosis dorsolumbosacra). De acuerdo con el doctor Maigne, los dolores y bloqueos sacroilíacos serían secundarios a disfunciones discoligamentarias intervertebrales, ya que desaparecen con manipulaciones vertebrales. ➔

Sugerencias de lectura

1. Basmajian JV. *Electrofisiología de la acción muscular*. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 1976.
2. Busquet L. *Las cadenas musculares*. Editorial Paidotribo. Barcelona.
3. Feldenkrais M. *Autoconciencia por el movimiento*. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1980, 203 p.
4. Maigne R. *Douleurs d'origine vertébrale et traitements par manipulations*. Editorial Expansion Scientifique. Paris, 1977, 5078 p.
5. Orgeret Giles. *Terapia manual del raquis*. Editorial Masson Editeur. Paris, 1995, 93 p.
6. Rolf I. *Rolfing, the integration of human structures*. Editorial: Harper & Row New York, 1978, 304 p.
7. Souchart E. *Reéducation posturale globale*. Tome 1. Cahiers, Société d'Édition Médicale. Editorial Le Poussoé, 1989. Saint Monc, 58 p.
8. Travell JG, Simons DS. *Miofascial pain and dysfunction. The trigger point manual*. Vol. 1 y Vol. 2. Editorial Williams & Wilkins, Baltimore.
9. Upledge JE. *Somatoemotional release and beyond*. Editorial UI Publishing, 1990, Palm Beach Gardens, Florida, p. 266.

Disfunciones miofasciales

La hiperexcitación de algunos receptores sensitivos situados en el espesor muscular o en las fascias que lo recubren originan pequeñas áreas dolorosas miofasciales denominadas puntos gatillo (*trigger points*). Cada punto gatillo genera inducción y dolor local, contracturas y acortamientos musculares y dolor reflejo irradiado a distancia, a lo que Travell denominó *target area* (eventualmente fenómenos vegetativos y síntomas viscerales reflejos).

Disfunciones posturales

Las contracturas crónicas segmentarias, que con frecuencia el paciente no registra debido a la ausencia de dolor, crean desequilibrios posturales. Por otra parte, la presencia de dolor crónico localizado provoca contracturas y acortamientos musculares que se manifiestan como alteraciones del balance postural. Las alteraciones posturales pueden ser de tipo:

- Asimetrías (izquierda-derecha), por ejemplo, una cadera más baja que la otra.
- Inclinaciones (adelante-atrás), por ejemplo, antepulsión del tronco.
- Desviaciones, por ejemplo, una hemipelvis desplazada hacia un lado.
- Cortes (en el sentido horizontal), por ejemplo, en la cintura, observándose una pelvis proporcionalmente más pequeña que el resto del tórax.
- Bloqueo o rigidez de un segmento, por ejemplo, de la pelvis.

La cronificación de estos cambios posturales instaura corazas corporales, emocionales y mentales (actitudinales). El regreso al estado de salud no requiere sólo la eliminación del dolor, sino también la corrección de los trastornos posturales (por elongaciones musculares selectivas) para evitar la reaparición del dolor.

Tratamiento

Para el estudio de la lumbociatalgia crónica es necesario hacer un análisis semiológico detallado. El tratamiento comprende una primera etapa de procedimientos correctivos, seguido de técnicas de reeducación.

Procedimientos correctivos (con técnicas manuales)

- De las alteraciones disco-cápsulo-ligamentosas (con manipulaciones intervertebrales –Maigne–).
- De las disfunciones sacroilíacas.
- De los trastornos miofasciales.
- De los trastornos posturales.

Procedimientos reeducativos

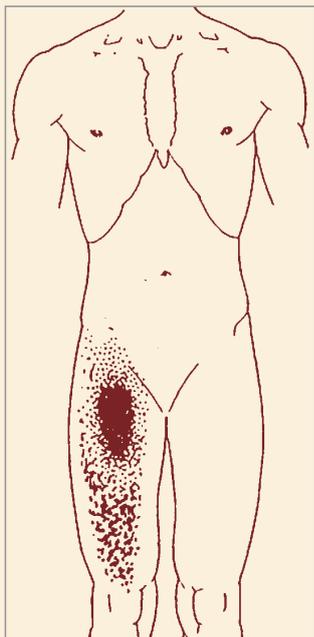
- Plan de ejercicios de elongación o, eventualmente, de tonificación muscular.
- Movilización de segmentos corporales.
- Concientización de los patrones del movimiento: autoconciencia por el movimiento–Feldenkrais; eutonía; reeducación postural global –Souhard–; tai-chi; yoga.
- Correcciones ergonómicas.
- Escuela de espalda.

Dolores y contracturas-acortamientos miofasciales

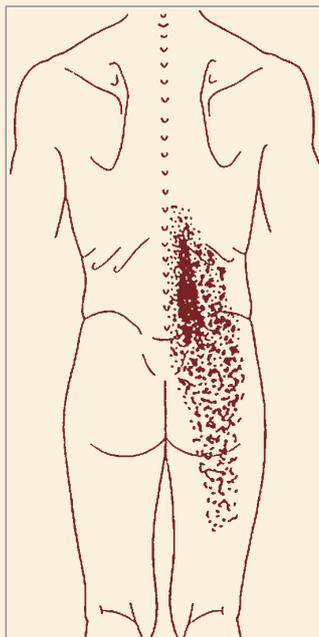
Los síntomas miofasciales se tratan mediante una técnica manual: elongaciones musculares selectivas (con base en la técnica de los puntos gatillo de Travell). Esta técnica comprende la detección y eliminación de los puntos gatillo miofasciales, sumada a elongaciones miofasciales selectivas. El dolor de los puntos gatillo de cada músculo irradia como dolor reflejo según un territorio específico (mapa).

Los músculos más importantes en la zona dorsolumbar y lumbosacra son: cuadrado lumbar, psoas iliaco, piramidal de la pelvis, glúteos, paravertebrales (espinales) y oblicuo menor.

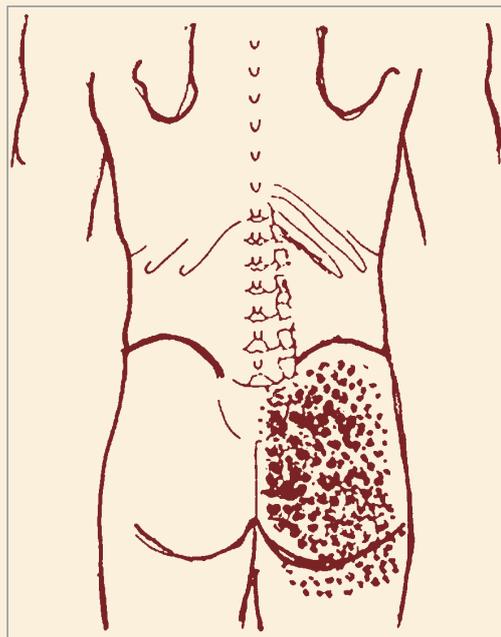
- **Cuadrado lumbar:** irradia a la zona lumbar, la nalga y a la cara posterior y lateral del muslo (ver esquema). Este dolor a veces es erróneamente interpretado como trocanteritis o ciática.
- **Psoas iliaco:** irradia a la zona lumbar, a la nalga y a la cara anterior del muslo.
- **Piramidal:** irradia a la nalga y a la cara posterior del muslo (simulando una



Músculo psoas
ilíaco
Dolor reflejo
(vista anterior)



Músculo psoas
ilíaco
Dolor reflejo
(vista posterior)



Músculo cuadrado
lumbar
Dolor reflejo
(vista posterior)

verdadera ciática). Ocasionalmente puede asociarse una cialgia verdadera por compromiso del nervio ciático al ser comprimido por el músculo piramidal acortado en su emergencia de la escotadura ciática.

- **Oblicuo menor:** irradia a la zona lumbar, al abdomen y, a veces, a la cara posterior del muslo (simulando un compromiso ciático).
- **Paravertebrales posteriores:** irradia a la zona espinal dorsal y lumbar, al abdomen y la nalga; el dolor referido puede llegar al miembro inferior (falsa ciática).

La eliminación de los puntos gatillo se puede realizar por: digitopresión, frío con spray o hielo, estimulación eléctrica neuromuscular o infiltración anestésica. Cualquiera de estos procedimientos interrumpe el arco reflejo del dolor y de la contractura.

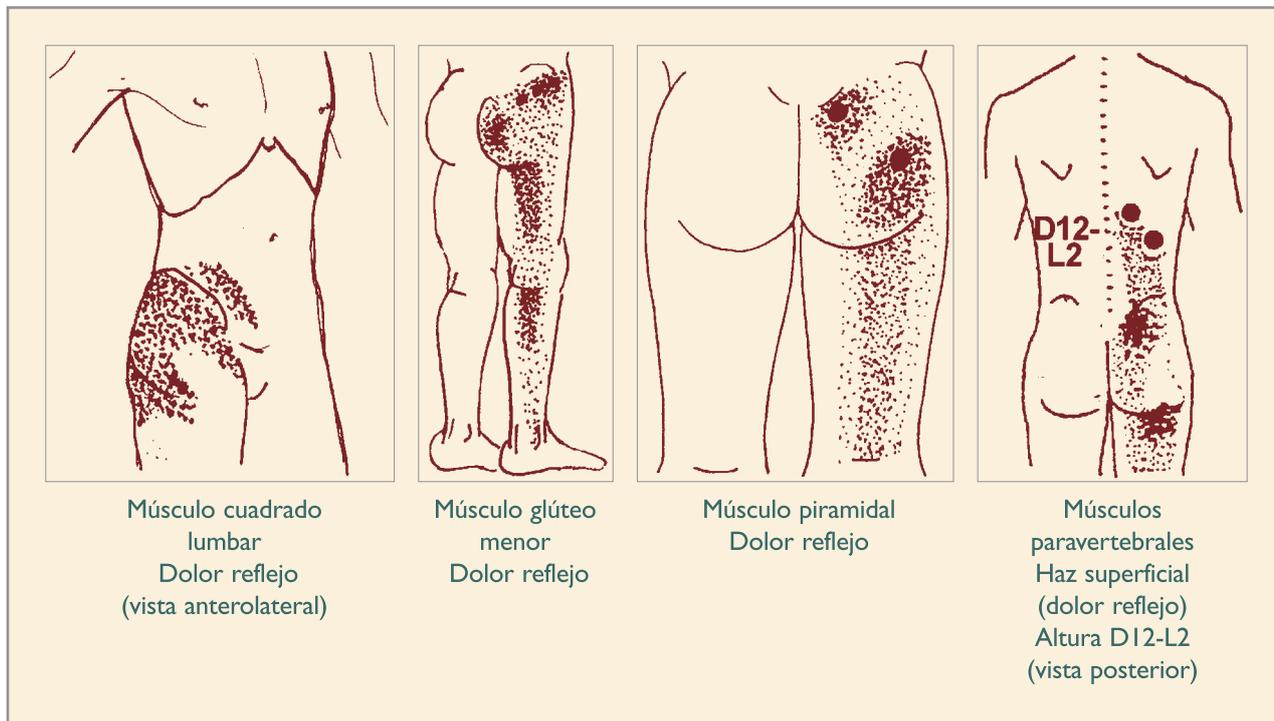
Yo utilizo estimulación eléctrica neuromuscular (TENS); cuando ésta no es eficaz,

infiltra el o los puntos gatillo con xilocaína o xilocaína asociada con suero glucosado hipertónico (proloterapia). Para las elongaciones selectivas se realiza una tracción suave, separando entre sí las inserciones musculares proximal y distal de cada músculo involucrado.

Es común encontrar desequilibrios posturales por contracturas-acortamientos crónicos, segmentarios. Estos trastornos posturales, habitualmente indoloros, a la larga evolucionan a la instalación de dolor. La eliminación de los puntos gatillo miofasciales debe ser continuada con corrección de las asimetrías posturales; no hacerlo implica la posibilidad de reaparición del algia miofascial.

Las asimetrías posturales pueden ser detectadas por lectura estructural corporal:

- El cuadrado lumbar es responsable de la falsa pierna más corta por ascenso homolateral de la pelvis, una escoliosis localizada característica y un descenso compensador del hombro contralateral. ➔



- El psoas ilíaco también produce una falsa pierna más corta homolateral por aparente ascenso de la pierna dentro de la pelvis, una inclinación del tronco hacia el mismo lado, flexión anterior del tronco, aumento del relieve (tensión) en la zona inguinal, desplazamiento posterior de la nalga y un desplazamiento posterior con rotación externa del miembro inferior homolateral. El desconocimiento del trastorno postural falsa pierna más corta hace que erróneamente se indiquen plantillas plantares o sobretacos.
- El oblicuo menor provoca un acortamiento de la cintura del mismo lado y rotación posterior de la hemipelvis del mismo lado.
- El piramidal genera contractura y tensión de la nalga e inclinación de la pelvis y del sacro hacia el mismo lado.

Finalmente, quiero resaltar una situación frecuente: asociación de algias miofasciales con otros tipos de dolor: (radicular, simpático, visceral y/o especialmente neuropático). Su reconocimiento es fundamental para esta-

blecer un diagnóstico más certero y un tratamiento integral.

Resumen

La lumbalgia crónica puede deberse a múltiples causas: orgánicas o funcionales. Describimos las principales etiologías disfuncionales: disco-cápsulo-ligamentosas vertebrales, sacroilíacas, miofasciales y posturales. Este trabajo está centrado especialmente en la descripción de los trastornos miofasciales y de los desequilibrios posturales. La clave de la lumbalgia crónica de origen miofascial radica en los puntos gatillo (*trigger points*), que originan dolor referido a distancia (reflejo), contracturas-acortamientos musculares y asimetrías posturales.

El tratamiento consta de una primera parte correctiva mediante la cual se elimina la sintomatología con técnicas manuales, y de una segunda parte reeducativa. Destaca la existencia habitual de otros dolores asociados: radicular, simpático, visceral y/o especialmente neuropático, que es necesario detectar y tratar. **DOLOR**