

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.

El tratamiento fisioterapéutico se encaminó en primera instancia al alivio sintomático del dolor tanto de la parte radicular como de la muscular; se utilizaron las medidas antiinflamatorias y sedativas convencionales de todos conocidas y en los últimos meses se incluyó la terapia laser.

Una vez obtenida mejoría del dolor en una magnitud que permitiera realizar ejercicios, se indicaron isométricos de la musculatura débil y de acuerdo a la tolerancia del paciente se realizaron ejercicios isotónicos que incluían fortalecimientos y estiramientos; buscando restituir el balance completo de la columna y no únicamente de la región afectada. Hay que anotar que en los pacientes con diagnóstico de Canal estrecho, se reprodujo el dolor al realizar ejercicios que producían hiperextensión de la columna lumbar.

Se hizo énfasis en el conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad, las medidas preventivas laborales y el cuidado de la columna, mediante charlas en grupo, que reforzaban la importancia de realizar planes caseros de ejercicios y controles periódicos, para evitar la progresión de la patología.

En algunos pacientes, especialmente en las amas de casa, se encontró un componente ansioso o depresivo, a los cuales se trató de brindar un apoyo psicológico, dentro de las limitaciones lógicas de nuestra profesión, entendiendo que a ellos como a todos nuestros pacientes se les debe proporcionar el afecto y la comprensión que se merecen. Además se les motivó a la realización de actividades recreacionales de acuerdo a las expectativas de cada uno.

Conclusiones:

- Es imperativo buscar el alivio del dolor antes de iniciar algún ejercicio.
- La rehabilitación muscular, el conocimiento de la patología por parte del paciente y el cuidado de la columna, evitan el progreso de la enfermedad vertebral.
- Se debe brindar una rehabilitación integral al paciente, que incluya el aspecto físico y siquico.

IX. KINESIOTERAPIA EN DOLOR LUMBAR TECNICA DE EXTENSION: METODO MODIFICADO

*Ft. Sara Cárdenas Ramírez
Bogotá - Colombia*

Para el tratamiento de los pacientes con dolor lumbar "Idiopático", existen diferentes Escuelas, entre ellas las que preconizan los ejercicios de flexión y, otras, los de extensión. Además, ejercicios aeróbicos, técnicas de tracción, manipulaciones, electroterapia y combinación de estas técnicas.

Existe poca información acerca de la eficacia real de cada uno de estos métodos y de las razones para seleccionar cada uno de ellos. Racionalizaremos el uso de las técnicas de flexión y extensión en el manejo del dolor lumbar como también sus indicaciones y contraindicaciones. Es importante recordar, que para indicar el uso de cualquier programa de ejercicios, se hace imprescindible el conocimiento amplio de la patología de nuestro paciente.

TECNICAS DE EXTENSION

Los ejercicios de extensión pueden ser divididos en dos categorías:

1. Ejercicios orientados a mejorar el poder motor: FORTALECIMIENTO.
2. Ejercicios en los cuales se realiza hiperextensión de la columna con el objetivo de:
 - a. Mejorar movilidad de la columna.
 - b. Estirar los músculos extensores.
 - c. Promover un movimiento del material nuclear en el disco intervertebral con el objeto de "reducir" una Hernia.

Un programa de ejercicios de extensión, incluye las siguientes observaciones:

1. La columna es capaz de resistir una gran carga axial, cuando las curvas fisiológicas se mantienen.
2. La extensión aligera las cargas del disco y permite una mejor inhibición de éste para su nutrición.