

11222
2ej. 4

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores
SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA
Subsecretaría de Asistencia
Dirección General de Rehabilitación
Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación



SINDROMES DOLOROSOS VERTEBROGENICOS

REVISION DE 108 CASOS

Dr. Roberto Quintana
Jefe del Depto. de Rehabilitación

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

QUE PRESENTA EL DR.
JORGE ROGELIO JOSE RANGEL CERVANTES
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
Especialista en Medicina de Rehabilitación

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1982



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

S U M A R I O

- I INTRODUCCION
- II ANTECEDENTES
- III CASUISTICA
 - a) Material y Métodos
 - b) Resultados
- IV DISCUSION
- V REFERENCIAS

I

INTRODUCCION

Es indudable que un alto índice de nuestra población, sufre algún Síndrome Doloroso Vertebrogénico, siendo probable que éste sea una de las dolencias más costosas que debe cubrir el Servicio de Seguridad Social en relación con los trabajadores y para el jefe de familia cuando se carece de esta prestación. Consideramos que el conocimiento de las entidades que integran el Síndrome Doloroso Vertebrogénico, es básico para que todo médico en relación con este tipo de pacientes formule un programa de manejo adecuado y precoz, evitando así los múltiples días de incapacidad y en algunos casos desistir de la cirugía o bien evitar las temibles secuelas invalidantes.

Pretendemos con este estudio hacer de su conocimiento los Síndromes Dolorosos Vertebrogénicos y sus repercusiones que con mayor incidencia ocurren en la consulta externa del Departamento de Rehabilitación C.H.T.I. (I.M.S.S.) de Morelia, Mich.

Se espera despertar alguna inquietud con este estudio en beneficio de la gran cantidad de pacientes que sufren dolor bajo de espalda, tanto en nuestro país como en el mundo entero.

II ANTECEDENTES

Los Síndromes Dolorosos Vertebrogénicos han orillado a los grandes países desarrollados a establecer -
clínicas muy sofisticadas para el tratamiento y rehabi-
litación de pacientes que sufren de dolor bajo de espalda,
recurriendo a múltiples medios; medicamentos, psico-
terapia, acupuntura, cirugía, ejercicios y últimamente
el uso del estimulador nervioso transcutáneo, basado en
la "Teoría" de la puerta de entrada del Dr. Ronald Mel-
salk y Col. de la Universidad de Canadá.

Sachs y Fraenkel en 1899, manifiestan que el Dolor
Lumbosacro "Obliga" a los pacientes a deambular en
flexión de tronco, los cuales mejoraban eventualmente -
mediante laminectomía, afirmando por primera vez que el
síndrome de canal lumbar estrecho es una de las entida-
des más frecuentes del dolor bajo de espalda.

Batley y Casamajor en 1911.- Describen un caso
de lumbociática con paresia de un miembro pélvico, demog-
trando en el hallazgo quirúrgico que las raíces nervio-
sas de la cola de caballo estaban comprimidas por proce-
sos degenerativos articulares provenientes de las apófi-
sis articulares y del engrosamiento del ligamento amari-
llo.

Steindler en 1925.- Inicia publicaciones relacionadas con el dolor bajo de espalda, donde se analiza la mecánica de la articulación lumbosacra, cuya disfunción es responsable del 75% de los dolores postulares.

Michel considera que la lordosis lumbar en un sujeto normal puede ser excesiva para otro de raza distinta. José Hernández y Col. (en México) 1978 demuestra que la hiperlordosis lumbar pura puede ser causante de dolor bajo de espalda, así mismo señala que para su grupo de estudio el ángulo sacro normal de la mujer es de 45.4° y para el varón de 35° valores mucho mayores que los reportados por autores extranjeros. Además que la hiperlordosis es mejor tolerada en las mujeres - que en los hombres.

Schultz, Dandy, De Palma y Armstrong.- Indican que uno de los orígenes del dolor bajo de espalda es la presión firme que los elementos del arco posterior vertebral realizan sobre el saco dural. Así mismo la sacralización o lumbarización completa o parcial y las vertebrae transicionales en la región lumbosacra por si misma pueden ser origen del dolor lumbar.

Alexander Magora y Col., realizaron en Israel un estudio en 1244 sujetos para buscar la relación entre dolor bajo de espalda y espina bífida oculta, concluyendo que la espina bífida por si sola no es capaz de causar dolor.

En Estados Unidos de Norte América cada año 7 millones de trabajadores están incapacitados por el -- Síndrome Doloroso Vertebrogénico, con una pérdida de - 200 millones de día de trabajo. Así como una fuga económica de 300 millones de dólares en medicamentos.

Sternbach y Col., señalan que un billon de dólares son anualmente gastados como compensación de incapacidades.

III

MATERIAL Y METODOS

De las 4,600 consultas dadas en el servicio de rehabilitación durante el período de tiempo comprendido de enero a julio de 1982, captadas en la forma 4-30-6 que involucra tanto las de primera vez como las subsecuentes. Se tomó para el estudio a los 108 pacientes de primera vez con Síndrome Doloroso Vertebrogénico, analizándose sus expedientes clínico y radiológico, considerándose las siguientes variantes, complementándose los datos apoyados en la forma RPM-15: Edad, Sexo, Diagnósticos, Días de Incapacidad, Hallazgos Radiológicos, Rama de Incapacidad, Salario Día, Costo Total.

La edad se analizó por grupos etarios y los hallazgos radiológicos anotados fueron los encontrados en los reportes emitidos por este departamento. Así mismo el Diagnóstico Clínico fué el encontrado en la forma 4-30-6.

RESULTADOS

Del total de 4,600 consultas dadas en Rehabilitación durante el primer semestre de 1982, encontramos 552 casos de primera vez, correspondiendo 108 con 21% a Síndrome Doloroso Vertebrogénico y 444 casos con otros diagnósticos constituyendo el 79% del total.

Cuadro y Gráfica No. 1.

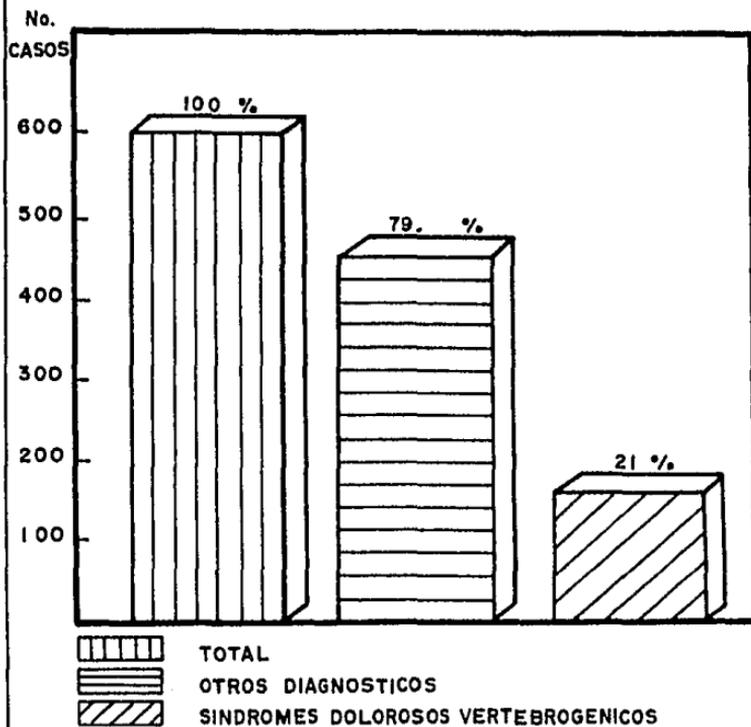
De los 108 casos con Síndrome Doloroso Vertebrogénico, encontramos que 80 de ellos eran de la categoría "Trabajadores" con 74.07% y de la categoría "Beneficiarios" 28 casos con 25.92%.

Cuadro y Gráfica No. 2

CUADRO No 1

PACIENTES DE NUEVO INGRESO DE ENERO A JULIO DE 1982	No.	%
Síndromes Dolorosos Vertebrógenicos	100	21
Otros Diagnósticos	444	79
T O T A L	552	100

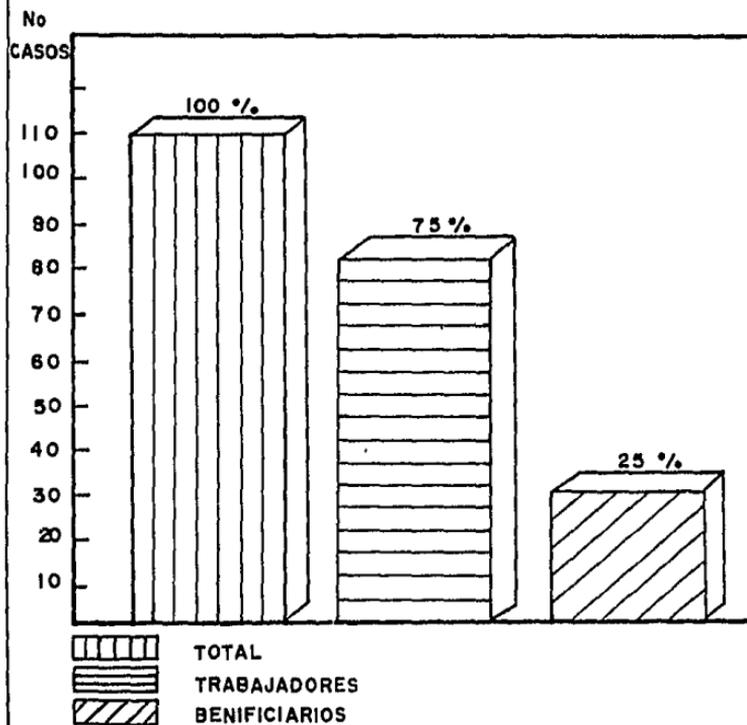
GRAFICA 1



CUADRO No 2

SINDROMES DOLOROSOS VERTEBROGENICOS SEGUN CATEGORIA DEL DERECHO-HABIENTE	No.	%
Trabajadores	80	75.00
Beneficiarios	28	25.00
TOTAL	108	100.00

GRAFICA 2



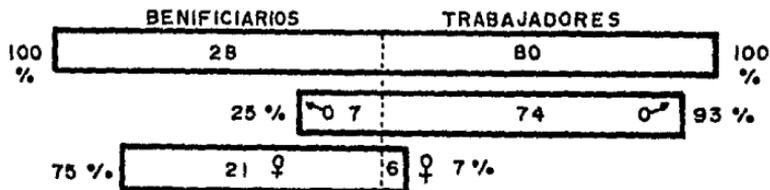
De los 80 trabajadores con Síndrome Doloroso -
Vertebrogénico imperó el sexo masculino, con 74 casos -
constituyendo el 93%. En los beneficiarios del total de
28 sólo 7 fueron masculinos con el 25%. En los trabaja-
dores el sexo femenino representó el 7% con 6 casos, y -
en los beneficiarios la mayoría correspondió a este sexo
con 21 pacientes representando el 75%.

Cuadro y Gráfica No. 3.

CUADRO No 3

C A T E G O R I A	S E X O			
	MASCULINO		FEMENINO	
	No.	%	No.	%
Trabajadores	74	93	6	7
Beneficiarios	7	25	21	75
T O T A L	81		28	

GRAFICA 3



En relación al análisis por grupos de edad en la categoría de trabajadores encontramos la mayor incidencia de Síndrome Doloroso Vertebrogénico en el de -- 35-39 años de edad, con 19 casos y 23.75%, en segundo lugar el grupo de 30-34 años con 15 casos representando 18.75%. Posteriormente el grupo 25 a 29 años con 13 casos y 16.25%. Los demás grupos etáricos tuvieron una incidencia menor de 10 casos cada uno, siendo el menos afectado el de 60-40 años con un sólo caso constituyendo el 1.25%.

Cuadro y Gráfica No. 4.

En los beneficiarios el grupo de edad con mayor incidencia de Síndrome Doloroso Vertebrogénico estuvo representado por el grupo de 40-44 y 35-39 años de -- edad con 5 casos y 17.85% para cada uno de los grupos. Posteriormente el grupo de 15 a 19 años con 4 casos -- constituyendo el 14.28%. Los demás grupos tuvieron menos de 4 casos siendo el de menor incidencia el de 55-59 años con 1 sólo caso y 3.57%.

Cuadro No. 5 Gráfica 4.

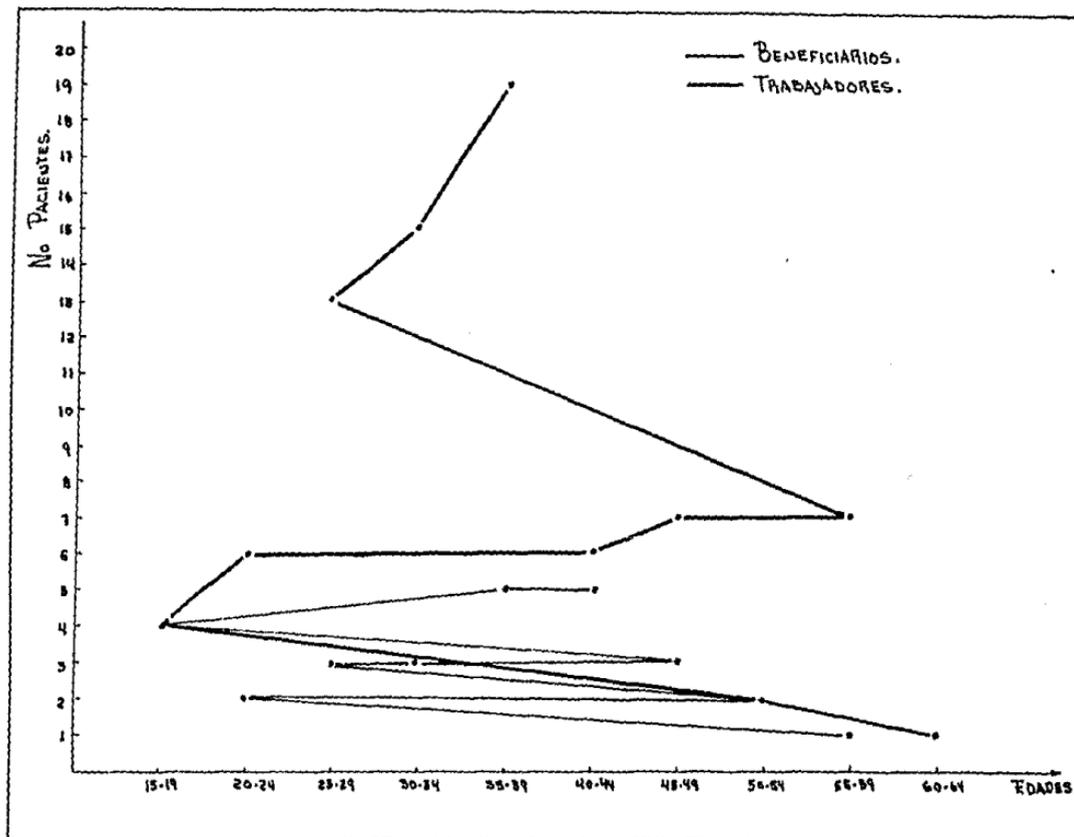
CUADRO No. 4

TRABAJADORES POR GRUPOS DE EDADES	No.	%
15-19	4	5.00
20-24	6	7.50
25-29	13	16.25
30-34	15	18.75
35-39	19	23.75
40-44	6	7.50
45-49	7	8.75
50-54	2	2.50
55-59	7	8.75
60-64	1	1.25
Total	80	100.00

CUADRO No. 5

BENEFICIARIOS POR GRUPOS DE EDAD	No.	%
15-19	4	14.28
20-24	2	7.14
25-29	3	10.71
30-34	3	10.71
35-39	5	17.85
40-44	5	17.85
45-49	3	10.71
50-54	2	7.14
55-59	1	3.57
Total	28	100.00

GRAFICA No. 4



Relacionado con la correlación del hallazgo radiológico y el diagnóstico clínico se encontró que la lumbalgia presentó la mayor variedad de interpretación radiológica como es el de hiperlordosis lumbar, escoliosis, retrolistesis, espón-diloartrosis, dismetría de miembros inferiores, hemivértebra, espina bífida y rectificación de lordosis lumbar.

El esguince lumbar se reportó el 100% de los casos radiológicamente normal, al igual que la contusión vertebral.

En los casos de espón-diloartrosis se reportó artrosis degenerativa y picos de loro.

La lumbociática también presentó variedades de reporte radiológico, siendo las siguientes, sacralización L5, escoliosis, rotoescoliosis y dismetría de miembros inferiores.

Respecto al diagnóstico en grupo de trabajadores se encontró el esguince lumbar como la entidad más frecuente constituyendo casi el 50% del total (46.25%). La lumbalgia prosiguió con 22.50%. El tercer lugar en frecuencia lo integraron 2 entidades: La contusión vertebral y la fractura vertebral con 7.5% cada una de ellas. La hernia discal fué el 4o. diagnóstico en frecuencia con 6.25%. La espondiloartrosis prosiguió con 3.75%. Las otras - 5 entidades restantes representaron por igual el 1.25% para cada una.

Cuadro No. 6, Gráfica 5.

El diagnóstico en grupo de beneficiarios más frecuentes fué la lumbalgia con 42.85% del total. La lumbociática ocupó el segundo lugar correspondiéndole el 17.85%. La fractura vertebral continuó en frecuencia con 10.71%. Contrariamente a los trabajadores el esguince lumbar solo representó el 7.14% al -/ - igual que la enfermedad de Scheuerman. Los otros 4 diagnósticos por igual con 3.57% para cada entidad.

Cuadro No. 7 Gráfica 5.

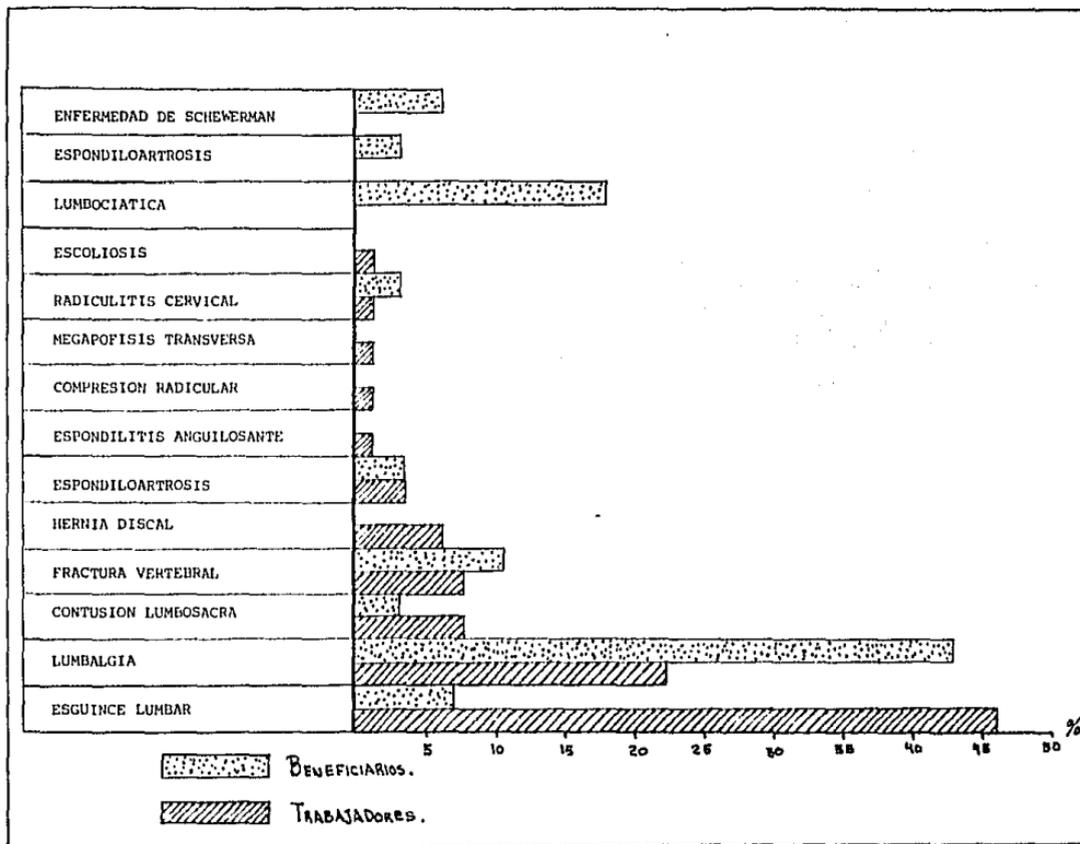
CUADRO No. 6

DIAGNOSTICO EN GRUPO DE TRABAJADORES	%
Contusión Lumbosacra	7.05
Esguince Lumbar	46.25
Fractura Vertebral	7.50
Espondiloartrosis	3.75
Espondilitis Anquilosante	1.25
Hernia Discal	6.25
Compresión Radicular	1.25
Lumbalgia	22.50
Megapofisis Transversa	1.25
Radiculitis Cervical	1.25
Escoliosis	1.25
T o t a l	100.00

CUADRO No. 7

DIAGNOSTICO EN GRUPOS DE BENEFICIARIOS	%
Contusión Lumbosacra	3.57
Esguince Lumbar	7.14
Fractura Vertebral	10.71
Espondiluartrrosis	3.57
Enfermedad de Schevverman	7.14
Lumbociática	17.85
Lumbalgia	42.25
Radiculitis Cervical	3.57
Espondilolistesis	3.57
T o t a l	100.00

GRAFICA No. 5



En cuanto a la cantidad de dinero por los días que se mantuvieron incapacitados a los pacientes tenemos que el diagnóstico de fractura vertebral fué la entidad para la que se derogó más cantidad de dinero, ya que sumó un total de \$ 275,880.00, a pesar de los casos con ese diagnóstico. Posteriormente encontramos a la hernia discal con 177,450 en solo 5 casos con este diagnóstico. El esguince lumbar prosiguió con - / - 172,342 con 37 pacientes. La lumbalgia ocupó el 4º lugar con 136,679 siendo 18 casos. Por mega-apófisis en 1 solo caso se derogó 53,000 y por espondiloartrosis - 46,650 con 3 pacientes. Por contusión vertebral de 6 casos sumó 36,680. Por el diagnóstico de escoliosis -- 13,999 en 1 solo caso. La espondilitis anquilosante - únicamente con 1 caso 13,688. Y la radiculitis cervical al igual que la precedente con un caso 6,325. La compresión radicular fué la que menos requirió de incapacidad, con un caso de 1,185 pesos. Para una fuga total de \$ 932,880.00 y una pérdida de 2,316.00 días de trabajo, con los siguientes promedios en semanas por paciente en cada uno de los diferentes diagnósticos: - Las fracturas con 20 semanas por cada paciente, la mega-apófisis con 15, la hernia discal 10, espondiloartrosis 8, compresión radicular 7, escoliosis y la espondilitis anquilosante con 6, la compresión radicular y la contusión con 4, la lumbalgia con 3 y el esguince 2.

Cuadro No. 8

CUADRO No. 8

D I A G N O S T I C O	TOTAL DE DINERO POR INCAPACIDADES
Compresión Radicular	1,185
Radiculitis Cervical	6,325
Espondilitis Anquilosante	13,688
Escoliosis	13,999
Contusión	35,680
Espondiloartrosis	46,652
Mega-apófisis	53,000
Lumbalgia	136,679
Eguince	172,342
Hernia Discal	177,450
Fracturas	275,880
T o t a l	\$ 932,880

EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	R. X.	EMPRESA	RA MA	SAL. DIA.	DIA INC.	TOT.DI NERO
1.	26	M	CONTUSION LUMBAR	NORMAL.	CARNICERIA	EG 225	6	1,350
2.	26	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	SANCHEZ - VILLA	EG 232	30	6,960
3.	35	M	CONTUSION LUMBAR	NORMAL	CONST.GRAL. NTE.	EG 225	18	4,250
4.	20	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	FLET. DE - OCC.	AT 225	3	675
5.	37	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	CEPAMISA	AT 653	7	4,571
6.	24	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	EXP. PROD. FOREST.	AG 280	3	840
7.	55	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	IND. OKEN.	AT 702	53	5,616
8.	59	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL.	OHISA	AG 225	7	1,575
9.	44	M	FRACT. APLAST.	FX. L2	LUIS CALDE RON	EG 200	180	36,000
10.	26	M	LUMBALGIA ESFUER ZO	HIPERLO DOSIS	RECINA SIN TETICA	AT 238	7	1,666
11.	48	M	ESPONDILOARTROSIS	ART.DEG.	HARINERA - MICH.	EG 300	80	24,000
12.	37	M	COMP. RAD. POST.	PROT. D. L4-L5	INGENIO - LOS REYES	EG 237	45	1,185
13.	32	M	FRACT. APOFISIS ESP.	FRAC. C6	GOB. DEL EDO.	EG 329	60	19,740
14.	43	M	LUMBALGIA ESFUER ZO	NORMAL	IND. QUIM. DE MEX.	AT 450	14	6,300
15.	52	M	ESPONDILOARTROSIS LUMB.	PICOS - DE LORO	C.F.C.	AT 406	17	6,902
16.	33	M	CONTUSION LUMBAR	NORMAL.	ING. PEDER NALES	EG 506	6	3,036

EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	R. X.	EMPRESA	RA MA	SAL. DIA.	DIA INC.	TOT.DI NERO
17. 42	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	ING. SAN - SEBASTIAN	EG	257	4	948
18. 36	M	CONTUSION LUMBAR	NORMAL	TELEFONOS DE MEXICO	EG	450	51	22,950
19. 31	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	CFLANESE DI MEX.	EG	450	10	4,500
20. 27	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	MUELLES SANDOVAL	EG	350	24	8,400
21. 55	M	HERNIA DE DISCO LA-L5	PROT. DISCAL	CELANESE DE MEXICO	EG	450	90	40,500
22. 35	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	C.F.E.	EG	406	18	7,308
23. 39	M	APLASTAMIENTO L2	FX. L2	CONST. CARAPAN	EG	400	308	154,000
24. 46	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	FRAC.ORG. RMEZ.	AT	329	17	5,593
25. 32	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	ANGUIANO PUCHA	AT	275	17	4,675
26. 46	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	SANCHEZ - VILLA	AT	232	30	6,960
27. 62	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	OPERADO - INGENIOS	AT	225	13	2,925
28. 19	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	CEPAMISA	AG	225	7	1,575
29. 18	M	LUMBALGIA ESFUER ZO	NORMAL	IND. OKEN	EG	253	6	1,518
30. 31	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	ONISA	AT	225	4	900
31. 41	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	I.M.S.S.	AT	999	25	24,975
32. 23	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	OPERADORA INGENIOS	EG	237	5	1,185

EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	R. X.	EMPRESA	RA MA	SAL DIA.	DIA INC.	TOT. DI NERO
33.	19	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	MORELIA IND.	EG 225	7	1,555
34	27	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	OPERADORA INGENIOS	AT 237	14	3,318
35.	46	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	NAL.ZITACUA RO	EG 225	5	1,125
36.	56	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	PROD. FTAL.	EG 225	20	4,500
37.	39	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	S.T. IND. - CARNE	EG 225	11	2,475
38.	55	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	ING.MAXIMO DIAZ	EG 235	23	5,405
39.	35	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	C.F.E.	AT 406	18	7,308
40.	34	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	PROM.MTEZ.	EG 225	7	1,575
41.	53	M	FRACTURA L1	FX. L1	RUIZ HDEZ.	EG 170	181	30,770
42.	46	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	ORG. FRAC.	EG 329	17	5,593
43.	27	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	ANGUIANO PUCHA	EG 275	17	4,675
44.	35	M	CONFUSION LUMBAR	NORMAL	AUT. TRANP. MICH.	EG 170	16	2,720
45.	42	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	PROFORMICH.	EG 231	4	924
46.	36	M	CONTUSION LUMBAR	NORMAL	PROD. FTAL.	EG 229	41	1,374
47.	31	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	LAVA-TAP MICH.	EG 225	10	2,250
48.	27	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	ALVAREZ MTZ.	EG 310	24	7,440

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	R. X.	EMPRESA	RA MA	SAL. DIA	DIA CAP.	TOT. DI NERO
49.	36	M	ESPONDILITIS AN QUILOSANTE	ESCOLIO SIS	DIST. GAS MICH.	EG	410 30	13,688
50.	57	M	HERNIA DE DISCO	MUECA L4 L5	CELANESE DE MEX.	EG	410 36	14,760
51.	20	M	APLASTAMIENTO	FRACT.	INGENIOS PURUARAN	AT	237 60	14,220
52.	45	M	LUMBALGIA	ESC. DOR. DERECHA	INGENIO SN CRISTOBAL	EG	300 17	5,100
53.	23	M	LUMBALGIA MECA NICA	NORMAL	C. F. E.	EG	500 9	4,500
54.	34	M	LUMBALGIA POSTRAU MATICA	RETROLIS L4	CAJERO	EG	237 56	13,272
55.	39	M	HERNIA DISCO L5	PROTUSION DISCAL	MUELLES LOPEZ	EG	470 90	42,000
56.	55	M	LUMBALGIA MECANI	ESPONDI- LOARTRO- SIS	CELANESE DE MEX.	EG	300 90	27,000
57.	30	M	LUMBALGIA	ESCOLIO- SIS LUM.	IND. PLAS.	EG	480 38	18,240
58.	33	M	HERNIA DE DISCO L4-L5	PROT. - DISCO	I. M. S. S.	EG	999 60	59,940
59.	32	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	INGENIO PEDER	RT	250 22	5,500
60.	36	M	DORSOLUMBALGIA	NORMAL	INGENIO PEDER	EG	237 5	1,185
61.	25	M	LUMBALGIA	ESCOLIO- SIS	INGENIO PEDER	EG	237 5	1,185
62.	27	M	LUMBALGIA	HIPERLOR DOSIS	INGENIO PEDER	EG	237 22	5,214
63.	38	M	LUMBALGIA	HIPERLOR DOSIS	INGENIO PEDER	EG	237 7	1,659
64.	25	M	LUMBALGIA	NORMAL	INGENIO PEDER	EG	237 15	3,555

EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	R. X.	EMPRESA	RA MA	SAL. DIA	DIA CAP.	TOT. DI NERO
65.	48	M	ESFONDILOARTRO SIS	ARTROSIS LUMB.	INGENIO PEDER	EG 225	70	15,750
66.	32	M	LUMBALGIA	ESC. DOR- SAL DISM. Ms. Ls.	IND.	EG 470	22	10,340
67.	37	M	Fx. 6a. CERVICAL	Fx APOFI- SIS ESP.	IND. QUIM.	EG 470	45	21,150
68.	28	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	ING. CAR. LOS P.	EG 300	38	11,400
69.	37	M	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	ING. DIAZ	EG 378	6	2,268
70	16	M	LUMBALGIA ESFUER ZO	NORMAL	UNIV. MICH.	AT 325	18	5,850
71.	34	M	LUMBALGIA POSTURA	ESC. DOR. SAL	I.M.S.S.	EG 475	45	21,375
72.	29	M	HERNIA DISCO	MUESCA L5 S1	ONISA	EG 225	90	20,250
73.	39	M	ESGUINCE DORSAL	NORMAL	C.F.E.	AT 425	12	5,100
74.	23	M	RADICULITIS CER- VICAL	RECTIFI- CACION - LERDOSIS CERVICAL	OKEN	EG 253	25	6,435
75.	34	F	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	INGENIO PE DERNALES	AT 225	7	1,575
76.	40	F	ESGUINCE LUMBAR	NORMAL	C.F.E.	AT 406	20	8,120
77.	36	F	LUMBALGIA	ESCOLIO- SIS LUMBAR	C.F.E.	EG 406	14	5,684
78.	36	F	LUMBALGIA MECA- NICA	XIFO-ESCO LIOSIS	I.M.S.S.	EG 506	6	3,036
79.	38	F	ESCOLIOSIS	ROTO ESCO LIOSIS	PALACIO DE GOB.	EG 933	15	13,999

EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	R. X.	EMPRESA	RA MA	SAL. DIA.	DIA INC.	TOT.DI NERO
80.	25	F	MEGAPOFISIS TRANSVERSA	MEGAPOFI- SIS TRANS ESP. BIP. OCULTA	TELEFONOS	EG 530	106	53.000

IV DISCUSION

Del análisis de los resultados se encuentra que de los 552 pacientes de primera vez atendidos en la consulta, los Síndromes Dolorosos Vertebrogénicos se presentaron en 108 casos, correspondiéndoles el 21%, viniendo a integrar una de las principales causas de solicitud de consulta, de los cuales 80 fueron trabajadores y 28 beneficiarios, con 75 y 25% respectivamente.

En el grupo de trabajadores imperó el sexo masculino con más del 90%, esto acorde con la mayoría de los reportes bibliográficos donde se relata la mayor frecuencia en el hombre que en la mujer explicable esto por los macro y microtraumatismos a que esta expuesta la columna del hombre en sus áreas de trabajo. En el grupo de beneficiarios contrariamente al de trabajadores imperó el sexo femenino con 75% hablándonos esto que ya en el núcleo familiar se inician o se han encontrado factores desencadenantes del Síndrome Doloroso Vertebrogénico que bien pudiese ser como señala Richards y Col., de que el dolor puede ser condicionado por una variedad enorme de factores psicosociales.

La mayor incidencia en los trabajadores por grupos de edad correspondió a los de 35-39 años y al de -

30-34 años constituyendo entre ambos grupos más del 40% del total de este grupo, edades en las cuales el hombre es más productivo, siendo ésto considerable debido a -/ que como indica el Dr. Muciño y Cols. señalando que la edad en que se inician los Síndromes es la 3a. década - de la vida lo que se explica si tenemos en cuenta que - la maduración del disco intervertebral termina a los 20 años, siendo esta edad a partir de la cual el hombre de sarrolló su mayor actividad.

En los beneficiarios los Síndromes Dolorosos -- Vertebrogénicos tuvieron su mayor incidencia en los gru pos de edad entre los 35-39 y 40-49 años de edad con - 35% para ambos grupos.

En relación al diagnóstico el grupo de trabaja- dores el esquince lumbar con 37 casos fué la entidad -- que con mayor frecuencia se presentó con más del 40% - del total, lumbalgia prosiguió en frecuencia con el -/ 22.50%. Esto es importante dado que en solo estas 2 en- tidades comprendieron más del 50% de todos los pacien- tes, lo que nos viene a demostrar la importancia de un tratamiento conservador y precoz, en este tipo de enti- dades que son los de más frecuencia y que pueden remi- tir con este tipo de tratamiento evitándose de esta ma-

nera la evolucion hacia otras entidades en las que se requiere del tratamiento cruento necesariamente.

En la correlación de diagnóstico y hallazgo radiológico llama la atención que el diagnóstico clínico de lumbalgia se encontró con un reporte radiológico muy variado siendo el más frecuente el de normalidad, hiperlordosis, y dismetría de miembros inferiores. En ningún caso se encontró la medición del ángulo lumbosacro, y en la mayoría de los pacientes con Síndrome Doloroso - Vertebrogénico se le solicitó la escanometría y nunca las oblicuas de columna donde más importancia a las dismetría de miembros inferiores que a las alteraciones mecánicas de la charnela lumbosacra. La anterior es de interés ya que no se ha dilucidado la responsabilidad exacta de la dismetría de los miembros inferiores como causa de dolor bajo de espalda.

Finalmente se considera importante mencionar lo que afirma León L. Marshall, referente a que en la ruptura del anillo fibroso y la liberación del fluido discal dentro de los tejidos, es responsable de la formación de anticuerpos y de la reacción autoinmune que condiciona el dolor bajo de espalda.

La erogación económica de \$ 932,880.00 pesos, como suma de todas las incapacidades por los Síndromes Dolorosos Vertebrogénicos, nos deben inquietar y obligar a tratar de brindar la atención más integral y oportuna para evitar por ejemplo el que se tenga que aportar hasta \$ 275,800.00 por un solo paciente con fractura vertebral como es el caso del presente estudio, siendo la entidad en la que más cantidad de dinero erogó el Instituto, cantidades muy considerables si tomamos en cuenta la frecuencia con que se presentan los Síndromes Dolorosos Vertebrogénicos de casi un 25% del total de la consulta de Rehabilitación (en este estudio). Este tipo de incapacidad no solo afecta a la empresa sino principalmente al trabajador ya que si no se calificó como accidente de trabajo solo percibirá el 60% de su sueldo mermando el ingreso a su hogar con los agravantes subsecuentes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Avolar G M, Aviña V. J Bermudez M I, Moralon LR.: Síndrome del Canal Lumbar Estrecho primera parte. Anales de Ortopedia y Traumatología 1979;15(1);37-43.
- 2.- Alexander M Schwartz A,:Relation Between the low back pain syndrome and spina bifida occulta. Scand J. Rehab. Med. 1980;12:9-15.
- 3.- Bailey P Casamajor L,; Osteoarthritis of the spine as a cause of - compression of spinal cord and its roots. J. Nerv. Med. Dis. 1911; 38:588-1911.
- 4.- Bermudez M. I. Aviña y J,; Estenosis Lumbar Postquirúrgica. Anales de Ortopedia y Traumatología 1979;15(4):191-197.
- 5.- Jones R. A, Thomson J L,;The narrow lumbar canal. J. Bone Joint - Surg 1968;50B:595-608.
- 6.- León L, Marshall, Trethewie E R, Curtain C C" y col":Chemical radiculitis a clinical, physiological and immunological study. Clinical Orthopedics and Related Research 1977;11;60-67.
- 7.- Chichards L S, Meredith R L, Nepumoceno C. Fine P R, Bennet G,; - Psychosocial aspects of chronic pain in spinal cord injury. Elsevier North-Holland Biomedical Press 1980;8:355-366.
- 8.- Rotman R.H,;The clinical syndrome of lumbar disc disease. Orthop. Clin. North Am 1971;12:463-475.
- 9.- Sánchez H J, Olvera B J, Muñoz G J, Guzman M O,;Persistencia del - dolor de espalda y/o ciática posterior a la extirpación del disco intervertebral. Anales de Ortopedia y Traumatología 1979; 15(1): 22-29

- 10.- Sánchez H J, Montes G C, Navarro E O, Olvera B J,: Hiporlordosis lumbar. Anales de Ortopedia y Traumatología 1978;14(2):III;II7.
- 11.- Serrato J C.:Control del dolor por estimulación nerviosa transcutánea. Anales de Ortopedia y Traumatología 1977;13(2):II9-132
- 12.- Stornbach R A, Wolf S R, Murphy R W, Akeson W H,:Traits of pain-patients; the low back "loser". Psychosomatics 1973;14;226-229.