



11245
2 ej 66
**Universidad Nacional Autónoma
de México**

**Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores
Hospital de Ortopedia y Traumatología
"Magdalena de las Salinas" I.M.S.S.**

DOLOR BAJO DE ESPALDA

Estudio Prospectivo de un Servicio de Columna

TESIS RECEPCIONAL

*Para obtener el Título de Especialista en
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA*

presenta

Dr. José Miguel Rodríguez Varela

México, D. F.

1986



FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE:	pag
TITULO	1
OBJETIVOS	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
INTRODUCCION	4
ANTECEDENTES HISTORICOS	6
DEFINICION	8
GENERALIDADES	9
Elementos anatómicos en que se origina la lumbalgia..	9
Dolor cutáneo	9
Dolor articular y ligamentoso	10
Dolor óseo	10
Dolor vascular	11
Dolor meníngeo	12
Tratamientos diversos empleados hasta el momento . .	13
a).- Tracción tipos:	14
b).- ejercicios	14
Objetivos de los ejercicios	14
Tipos de ejercicios	17
c).- Corsés	18
d).- Bloqueo terapéutico	20
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE TRASTORNOS DE COLUMNA	21
HIPOTESIS	24
MATERIAL Y METODOS	25
UNIVERSO DE TRABAJO	29
RESULTADOS	29
CONCLUSIONES	44
BIBLIOGRAFIA	45

TITULO:

DOLOR BAJO DE ESPALDA

ESTUDIO PROSPECTIVO DE UN SERVICIO DE COLUMNA

Estudio efectuado en pacientes hospitalizados en el --
servicio de columna del Hospital de Ortopedia Magdalena de las
Salinas durante el periodo comprendido entre Mayo y Octubre de
1985.

OBJETIVOS:

- 1.- Determinar la frecuencia de esta patologia
- 2.- Hacer un estudio prospectivo etioldgico y tratamiento proporcionado asi como estudios efectuados de el paciente con dolor bajo de espalda, en el servicio de Columna del Hospital de Ortopedia - Magdalena de las Salinas, del Instituto Mexicano del Seguro Social, hospitalizados en el periodo comprendido de mayo a octubre de 1985.
- 3.- Determinar el factor etiologico mas frecuente.
- 4.- Tratar de establecer una estrategia profilactica del dolor bajo de espalda y al mismo tiempo disminuir el periodo de incapacidad generado por este padecimiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:-

El dolor bajo de espalda, es el padecimiento del sistema musculoesquelético que produce mayor número de incapacidades, con sus consecuencias lógicas al individuo, la familia, la fuente de trabajo y la institución de salud que lo atiende.

Debemos recordar que el dolor bajo de espalda es el síntoma que más frecuentemente afecta a la humanidad, habiéndose presentado después de los 40 años de edad, cuando menos una vez en la vida del individuo.

INTRODUCCION:

El DOLOR BAJO DE ESPALDA es el sintoma que mas frecuentemente afecta a la humanidad.

Se considera en general que despues de los 40 años de edad, el hombre ha padecido cuando menos una vez en su vida de "dolor bajo de espalda".

A diferencia de otros padecimientos del sistema musculoesqueletico, éste es el que nos produce un mayor numero de incapacidades, lo que afecta no solo al individuo como paciente, sino que tambien trae como consecuencia repercusiones a su familia, a su trabajo y a la institucion que lo atiende.

Por las repercusiones económicas que ésto conlleva, por afectar en multiples esferas, redundando en la disminucion en productividad de la persona y por lo tanto de la empresa, comercios y todos aquellos sitios donde se tenga necesidad de utilizacion de mano de obra humana; por el alto indice de incapacidades otorgadas por este padecimiento creamos necesario efectuar el presente estudio de tesis.

En nuestro Hospital se ha observado que el % d
de las incapacidades generadas, pertenecen al servicio de —
Columna, correspondiendo a días en promedio.

Es importante recordar y recalcar sobre la importan-
cia que tiene desde el punto de vista economico para el paci-
ente mismo, ya que una incapacidad generada por una enfer-
medad general proporcionará un pago por concepto de sueldo —
correspondiente a un 60%, lo cual obviamente disminuirá el —
poder adquisitivo de nuestro paciente, y recordando que nos —
encontramos viviendo en un país cuya economía se encuentra —
deteriorada y en crisis, donde la espiral inflacionaria es —
bastante elevada, y la relacion sueldos e inflacion siempre
será divergente, este problema se agravará aún más, y el —
directamente afectado será nuestro paciente, su nucleo fami-
liar y el País en general.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL SÍNDROME DOLOROSO LUMBAR.

El dolor lumbar o lumbago se afectado al ser humano durante muchos miles de años. En la Biblia y en escritos de Hipócrates, existen descripciones de lumbago y ciática.

Mixterri y Barr en 1934 describieron el prolapso del disco intervertebral como agente etiológico en la producción de estos síntomas. Hoy comúnmente se admite que los trastornos del disco intervertebral representan la etiología de la mayor parte de los casos de lumbalgia y ciática.

Bean y Wood en 1975, revisando estadísticas en Reino Unido comprobaron que más de 13 millones de días de pérdida anualmente debido a esta patología, siendo en el mismo Reino Unido en 1970 responsable de una pérdida de días de trabajo mayor que las provocadas por huelgas laborales.

Nachemson en 1976 estimó que en algún momento de la vida adulta, el 80% (ochenta por ciento) de las personas experimenta dolor bajo de espalda en grado significativo.

Horal en 1969 demostró que el dolor lumbar tiene un comienzo en forma predisponente en grupos jóvenes, siendo la edad promedio a los 35 años.

Kelsey en 1975 comprobó una edad de comienzo similar en hombres, con lumbago debido a enfermedad discal, pero igualmente observó que en las mujeres la sintomatología tarda una década más en aparecer.

De los últimos 10 años a la fecha, nuestro conocimiento sobre la epidemiología, fisiopatología e Historia natural del dolor lumbar, a aumentado grandemente. Se piensa que aproximadamente el 80% del total de la población humana, tiene un periodo de dolor lumbar en alguno momento de su existencia, siendo éste dolor el responsable de un gran número de consultas en nuestra especialidad; teniendo importancia extrema la repercusión económica, ya que es una de las causas más frecuentes de incapacidad física; refiriéndose en un estudio efectuado en Estados Unidos de Norteamérica, una pérdida anual de 1400 días trabajo anuales por cada 1000 trabajadores.

El dolor bajo de espalda tiene una etiología multifactorial. Por todo lo referido anteriormente podemos definir a la lumbalgia de la agta. maneras:-

" LA LUMBALGIA ES UN SINDROME CUYO SINTOMA PIVOTE ES EL DOLOR EN LA REGION LUMBAR, PERO QUE PUEDE ACOMPAÑARSE DE SIGNOS Y SINTOMAS NEUROLOGICOS Y VISCERALES O AMBOS, DE PRESENTACION AGUDA O CRONICA, DE EPIOLOGIA MULTIFACTORIAL / Y QUE REPRESENTA UN IMPORTANTE PROBLEMA SOCIOECONOMICO DEBIDO A SU ALTA INCIDENCIA E INCAPACIDAD".

DOLOR VASCULAR:-

Puede ser primario cuando el trastorno está dado por un problema de tipo vascular en sí, siendo sumamente raro; o secundariamente producido por irritación mecánica de las terminaciones nerviosas de las paredes del plexo venoso vertebral, por la distensión excesiva de los vasos. Debido al aumento de la presión venosa. Las presiones intratorácica y abdominal se transmiten directamente y provocan distensión de las venas vertebrales, con lo que se estimulan las terminaciones nerviosas que provocan dolor difuso y profundo; entre las causas más comunes tenemos:-

- a).- El hecho de levantar un objeto pesado en que se produce contracción muscular del tórax y abdomen, con el inicio de una respiración profunda con la glotis cerrada.
- b).- periodos prolongados de tos
- c).- vomito
- d).- Parto
- e).- defecación en pacientes constipados
- f).- micción en hipertrofia prostática
- g).- en últimos estadios del embarazo
- h).- enfisema crónico
- i).- cardiopatía congestiva venosa.

Clinicamente el paciente refiere dolor en masas musculares laterales, bien delimitado, pero a nivel de tejidos profundos, que se agrava con ciertos movimientos y disminuye con el calor local.

DOLOR ARTICULAR Y LIGAMENTOSO:-

Los trastornos mecánicos que irritan el sistema receptor distribuido en apofisis articulares lumbares y en articulaciones sacroiliacas.

Clinicamente el paciente señala el dolor en columna vertebral o en region sacroiliaca. La irritacion del sistema receptor en las capsulas articulares y ligamentaria puede producir espasmo muscular.

DOLOR OSEO:-

La lumbalgia puede ser tambien producida por irritacion del sistema receptor perivascular que se distribuye a lo largo o a través del hueso cortical de los arcos y cuerpos vertebrales. Puede ser producido por fracturas secundarias a traumatismos, colapso por osteomalacia, osteoporosis senil, postmenopausia, neoplasias, infecciones. - Usualmente el dolor es de gran intensidad.

DOLOR VASCULAR:-

Puede ser primario cuando el trastorno está dado por un problema de tipo vascular en sí, siendo sumamente raro; o secundariamente producido por irritación mecánica de las terminaciones nerviosas de las paredes del plexo venoso vertebral, por la distención excesiva de los vasos. Debido al aumento de la presión venosa. Las presiones intratorácicas y abdominal se transmiten directamente y provocan distención de las venas vertebrales, con lo que se estimulan las terminaciones nerviosas que provocan dolor difuso y profundo; entre las causas más comunes tenemos:-

a).- El hecho de levantar un objeto pesado en que se produce contracción muscular del tórax y abdomen, con el inicio de una respiración profunda con la glotis cerrada.

b).- periodos prolongados de tos

c).- vomito

d).- Farto

e).- defecación en pacientes constipados

f).- micción en hipertrofia prostática

g).- en últimos estadios del embarazo

h).- enfisema crónico

i).- cardiopatía congestiva venosa.

DOLOR MENINGEO:

El tubo neural espinal tiene poca o ninguna inervación en su cara posterior, pero se encuentra ricamente inervado en su cara anterior. Las lesiones que comprimen la parte anterior de la duramadre, pueden producir dolor y esto puede estar dado por: - Fracturas, osteoartrosis (osteofitos), herniaciones del disco.

DOLOR MENINGEO:

El tubo neural espinal tiene poca o ninguna inervación en su cara posterior, pero se encuentra ricamente inervado en su cara anterior. Las lesiones que comprimen la parte anterior de la duramadre, pueden producir dolor y esto puede estar dado por: - Fracturas, osteoartrosis (osteofitos), herniaciones del disco.

Se han ideado desde tiempos inmemoriales diferentes - tratamientos para el dolor lumbar entre los que destacan - los agentes físicos como son: - Compresas calientes, baños - minerales, fomentos, frío, electricidad, como agentes usados en la antigüedad. Y actualmente las versiones sofisticadas pero con un alto grado de ayuda como son: Ultrasonografía, - fonoforesis, terapia con ondas cortas, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, electroacupuntura etc.

Otro método utilizado ha sido la tracción espinal, la cual se ha utilizado para el tratamiento de la protrusión - discal, enfermedad degenerativa del disco y disfunción articular vertebral. Se debe enfatizar que la tracción espinal al igual que otros métodos empíricos, tiene muy poca oportunidad de proporcionar beneficio a largo plazo SI NO SE REALIZA UN PROGRAMA DE MANEJO COMPLETO.

Desde tiempos de Hipócrates se han descrito diversas - formas de tracción espinal para disminuir el dolor, y actualmente es poco utilizada, por falta del conocimiento para - aplicarse la misma, pero que debe de tener, tiempo que debe de transcurrir con la utilización de la tracción.

Hay diferentes tipos de traccion espinal las cuales se rñn mencionadas en seguida:-

- a).- Traccion continua
- b).- Traccion sostenida estática
- c).- Tracción mecánica intermitente
- d).- Tracción manual
- e).- Tracción posicional
- f).- Autotraccion lumbar
- g).- Tracción lumbar por gravedad.

Otro manejo que se proporciona es el ejercicio, el cual está considerado como uno de los enfoques peor comprendidos en el tratamiento de lumbalgia. Se manifiesta que con los - ejercicios hay:-

DISMINUCION DEL DOLOR

DESPLAZAMIENTO DEL DISCO

AUMENTO DE LOS NIVELES DE ENDORFINAS

DISMINUCION DEL ESTRESS MECANICO

ESTABILIZACION DE SEGMENTOS HIPERMOVILES

MEJORIA DE LA POSTURA

MEJORIA DE LA MOVILIDAD

MEJORIA EN LOS NIVELES DE CONODIDAD.

DISMINUCION DEL DOLOR:-

En 1937 Williams postuló que el dolor de espalda y pierna producido por la compresión del nervio a nivel del foramen intervertebral, propone los ejercicios de flexión que junto con la distracción posicional (conocida como posición de Williams) forma su teoría de la descompresión no quirúrgica, con lo cual se abrirá el foramen aliviando la compresión.

DESPLAZAMIENTO DEL DISCO:-

El movimiento del material discal puede ser influenciado a través del ejercicio, con lo cual se reduce la presión sobre el anillo fibroso o el nervio.

AUMENTO DE LOS NIVELES DE ENDORFINAS:-

El uso de ejercicios aeróbicos para aumentar los niveles de endorfinas con el fin de disminuir el dolor ha ganado popularidad.

El papel del ejercicio para el fortalecimiento muscular, ya sea para prevenir como para rehabilitar las lesiones de la espalda está bien documentado, con lo cual concluimos:-

a).- La fortaleza de los extensores del tronco está francamente reducida en el paciente con lumbalgia crónica.

b).- La insuficiencia muscular, en la forma de disminución de la resistencia, es un factor ampliamente contribuyente, en la aparición y perpetuación de la lumbalgia posturomecánica o idiopática.

c).- La fortaleza adecuada del tronco es necesaria para un retorno completo a la función y al trabajo.

DISMINUCION DEL ESTRESS MECANICO:-

El estudio clínico y electromiográfico, de un paciente con lumbalgia, en forma individual nos dará la pauta para recomendar ejercicios de flexión o extensión, de acuerdo al grupo muscular afectado o debilitado en dicho paciente.

Los ejercicios ayudan al paciente al deslizar el material discal lejos de la protuberancia anular, en casos específicos, y en todos los demás pacientes ayuda fortaleciendo la musculatura débil si se selecciona un programa individualizado para cada paciente y además el ejercicio eleva el nivel de confort del paciente con lumbalgia crónica, lo cual evita recurrencias o en caso de presentarse será de menor intensidad y más corta duración.

EJERCICIOS DE FLEXION:-

- a).- Abren agujero intervertebral y las articulaciones facetarias reduciendo la compresion del nervio
- b).- El estiramiento de los flexores de cadera y extensores del tronco lleva a asumir una posicion erecta.
- c).- La extension quita carga al disco, pero la flexion fortalece musculatura abdominal y glutea.
- d).- Liberan la fijacion posterior de la articulacion sacroiliaca.

EJERCICIOS DE EXTENSION:-

- a).- La columna es capaz de soportar una gran compresion axial cuando las curvas fisiologicas son mantenidas.
- b).- Existe una estrecha correlacion entre musculos posteriores fuertes y maximo soporte de carga.
- c).- La extension quita soporte de carga al disco intervertebral y permite aumento del flujo.
- d).- Los pacientes con lumbalgia cronica en un alto porcentaje, presentaron disminucion de la fuerza en los musculos extensores del dorso en comparacion con sujetos normales.
- e).- Estudios electromiograficos han demostrado disminucion en la fortaleza de los extensores durante las actividades posturales en pacientes con lumbalgia.

- f).- Las posturas de flexión prolongada son frecuentemente asociadas con el inicio de un cuadro agudo de lumbalgia.
- g).- En individuos que no tienen problemas espinales, la fuerza de los extensores del tronco excede la de los flexores y este balance normal debe recuperarse.
- h).- Los extensores del tronco se fatigan mas lentamente y protegen a los ligamentos espinales en las actividades de flexion.
- i).- La mitad de la fuerza extensora es producida por los erectores del dorso.

Los ejercicios aerobicos (caminata, trote, natación, ciclismo, saltar la cuerda, bailes aerobics) mejoran el nivel de salud y disminuyen la incapacidad en quienes experimentan lumbalgia, además se recomiendan a la población en general para prevenir la patología de columna lumbar.

CORSES:-

Existe una gran variedad de ellos, siendo utilizados desde tiempos remotos de diferentes diseños y materiales:-- rígidos, semirígidos y blandos. Existe una gran controversia acerca del uso de los mismos en el tratamiento de la lumbalgia crónica, sin embargo su uso empirico en este tipo de pacientes está generalizado en la actualidad.

Algunos autores prefieren el uso de corsets, con lo que se ocasiona un círculo vicioso entre laxitud ligamenta

ria y falta de actividad, debido al uso de corseas que limita el movimiento y disminuye la tension muscular llevando a la cronicidad el cuadro de lumbalgia.

Una ventaja indiscutible en el uso de corseas es la limitacion de la rotacion, siendo favorable sobre todo en estado agudo o sub agudo, pero condenable en estados cronicos.

Se han manejado igualmente a pacientes con sindrome doloroso lumbar a base de soluciones parenterales con analgesicos, relajantes musculares y antiinflamatorios, asi como reposo, siendo un manejo muy popularizado en la actualidad y usado en el periodo agudo de la enfermedad, teniendo resultados satisfactorios desde el punto de vista de disminucion de la sintomatologia dolorosa. Igualmente se a utilizado la dexametasona en forma sistematica en tratamiento de el POST Operatorio de discoliectomia lumbar, reportando Antony F. de Palma en su texto de disco intervertebral la disminucion de la fibrosis cicatrizal y por lo tanto mejoran de los resultados en pacientes intervenidos quirurgicamente.

La ruptura del disco intervertebral a nivel lumbar a sido conocida como causa determinante de lumbalgia siendo su manejo quirurgico y en otros casos conservador.

Otro de los manejos que se han efectuado y que en el servicio de Columna tiene una gran aceptación es la aplicación de bloqueo peridural terapéutico, con el cual la sintomatología se ha revertido en muchos de los pacientes a quienes se les ha efectuado dicho tratamiento. Las sustancias utilizadas en el bloqueo terapéutico son Meperidina, Metilprednisolona y Xilocaina al 1% simple.

Otra de las causas de dolor crónico de espalda es el canal lumbar estrecho, el cual podemos definir como: Cualquier tipo de estrechamiento del conducto espinal y los conductos de las raíces nerviosas; la estenosis puede ser generalizada, segmentaria o localizada y estar causada por tejido blando o hueso.

Predomina en sexo masculino.

Aparece por lo general después de la 5ª década de la vida

Puede localizarse en uno o varios niveles

Se caracteriza por la disminución del diámetro sagital y coronal del conducto raquídeo lumbar o ambos.

La 5ª lumbar ocupa el 1er lugar como asiento de alteraciones congénitas del desarrollo

Las vértebras transicionales frecuentemente se acompañan de disminución del diámetro sagital del conducto espinal

La espondilolisis (con o sin espondilolistesis) puede también considerarse como estenosis del desarrollo.

La hipertrofia del ligamento amarillo contribuye a la estenosis lumbar espinal.

IX DIFERENCIAL DE LOS TRASTORNOS DE COLUMNA VERTEBRAL

DOLOR DE ESPALDA¹-

Generalmente se describe como un dolorimiento sin irradiación, profundo y poco preciso de los musculos de la espalda, asociado con grados variables de espasmo, e influido por la postura, la presión local o percusión pueden poner de manifiesto el dolor.

En la mayoría de los casos el dolor espinal localizado es secundario al compromiso de cuerpos vertebrales, discos intervertebrales y estructuras ligamentarias, o con espasmo secundario de los musculos paravertebrales.

Con mucha frecuencia el dolor en el cuello o en la espalda es rápidamente traducido como evidencia de artritis o de enfermedad discal sin efectuar un adecuado examen del paciente y sin considerar la totalidad de las numerosas causas de este sintoma, que van desde trastornos meníngeos y dolor de la espinal, a enfermedades de estructuras internas como agotamiento, esclerosis, pulmon, pancreas, riñon y organos pelvianos.

En la primera década de la vida, el dolor de espalda o con frecuencia mal definido y mal localizado, es el sintoma más común de presentación de tumores intraspinales primarios. El dolor aumenta con la activ. física, estrés, tos, esfuerzo, flexión de cuello o espalda, mercediendo efectuar una revisión exhaustiva y completa.

Entre la 3a y 6a década de la vida el dolor lumbosacro es con mucha frecuencia causado por trastornos posturales y por trastornos mecánicos.

El dolor de espalda, exacerbado por tos, esfuerzo y movimiento es muy comunmente sintoma de protrusión de un disco intervertebral y generalmente precede al dolor ciático en meses o años.

En el exámen físico tambien se encuentran en ocasiones Cifosis, lordosis, espondilolisis, espondilolistesis, espina bífida y anomalías vertebrales que pueden hacerse progresivamente sintomaticas.

Luego en frecuencia se encuentran enfermedades inflamatorias, incluyendo la A.R., la espondilitis anquilosante, la osteomielitis, la discitis.

Tambien se ha señalado que el dolor bajo de espalda (con o sin dolor ciático) puede constituir el sintoma de presentación de una neoplasia intraespinal primaria.

Con el avance de la edad, la espondilosis, las enf. del metabolismo óseo y las lesiones metastasicas de columna vertebral pasan a ser con creciente frecuencia las causas del dolor de espalda.

El dolor recidivante bajo de espalda, sin manifestaciones neurológicas constituye también una queja común en adultos jóvenes y de mediana edad deprimidos o aburridos. También se encuentran con frecuencia neurosis posttraumáticas.

El dolor radicular es muy común en región lumbosacra, es generalmente característico y de naturaleza semejante a una descarga eléctrica.

Es evidente que la enfermedad discópnea es la causa más común de dolor radicular en región lumbosacra.

El síndrome discal lumbar puede deberse a herniación del núcleo pulposo, a una acumulación de alteraciones degenerativas en columna vertebral dando como resultado estrechamiento segmentario del canal vertebral o a un estrechamiento generalizado del canal vertebral que puede ser un factor contribuyente en un alto grado de casos.

En consecuencia el principal desafío diagnóstico es el permanecer alerta para encontrar signos y síntomas específicos de los trastornos más inusuales pero con frecuencia remediables que pueden presentar dolor radicular.

HIPOTESIS,

**EL DOLOR BAJO DE ESPALDA ES MAS FRECUENTEMENTE
CAUSADO POR ALTERACIONES POSTURALES Y MECANICAS.**

ENCUESTA Y HISTORIA:

Se revisaran todos los pacientes que se han hospitalizado en el servicio de Columna del Hospital de Ortopedia Hospital de las Salinas en el periodo de mayo a octubre de 1985, con dolor bajo de espalda.

Se investigaran los agtes datos:-

- a).- Nombre y Edad de afiliación
- b).- Edad
- c).- Sexo
- d).- Ocupación
- e).- Tiempo de evolución del pad actual (Inicio de los síntomas)
- f).- Factor desencadenante
- g).- Actividades que agravan la sintomatología
- h).- Alteraciones agregadas (sobrepeso, infección vías urinarias etc)
- i).- Estudios efectuados
- j).- Tratamiento realizado
 - 1.- conservador
 - 2.- quirurgico
- k).- Estado actual.

Para la realizacion del siguiente estudio se elaboraron ex profeso, hojas con toda la serie de datos que requeriamos para cada uno de los pacientes que estudiamos. Estas hojas contienen:

Ficha de identidad

Antecedentes heredo-familiares

Antecedentes personales patologicos

Deficiencia actual

Sistemas que alivian o agravan el dolor

Actividades que se limitan por el dolor

Historia sistémica

Examen físico

Descripcion de la Larcha

Exploracion de columna lumbar

Examen neurológico

Estudios efectuados

Tratamiento proporcionado.

Se hizo tambien una evaluacion de cantidad de puntos positivos que corroboraran el diagnostico clinico y otra evaluacion de puntos negativos.

Dentro de los puntos positivos se hace mención a - los siguientes:-

- a).- dolor bajo de espalda y ciática severa, capaz de ser incapacitante. Calif 5 puntos
- b).- La ciática es mas severa que el dolor lumbar.
Calif 15 puntos
- c).- El dolor se agrava con el esfuerzo, el estar sentado o parado; mejora con el descanso. Calif 5 pts.
- d).- El examen neurologico demuestra un sindrome radicular caracteristico indicando un proceso especifico.
Calif 25 pts.
- e).- La mielografia corrobora la patologia encontrada en el examen neurologico. Calif 25 pts.
- f).- Signos Lasague Forst positivo Calif 10 pts
Signo Lasague cruzado positivo Calif 20 pts
- g).- El paciente coopera en su tratamiento y tiene una actitud positiva en su futuro estilo de vida.
Calif 10 pts.

Dentro de los puntos negativos que se valoraron en cada paciente se encuentran los sgtes:

- 1.- Dolor lumbar esencialmente Calif 15 puntos
- 2.- Obesidad extrema Calif 10 puntos
- 3.- Signos y sintomas no orgánicos (entumecimiento completo de la extremidad, debilidad simultánea de los extensores y flexores de los dedos, extension completa del dolor dentro de areas no explicables por -- una lesion orgánica. Calif 10 puntos

- 4.- Antecedentes psiquiatricos: Intento de suicidio, alcoholismo, falta de cooperación, actitud incompreensible ante la cirugía, admisiones previas por sintomas no orgánicos (dolor torácico, abdominal intratable). No satisfecho con su actual empleo y medio ambiente adverso en su trabajo, alteracion en la dinámica familiar. Calif 15 puntos
- 5.- Dolor lumbar secundario mezclado con problemas ginecológicos, vias urinarias, vasculares perifericas etc Calif 10 puntos
- 6.- Antecedentes de problemas medico legales Calif 20 Pt.

También se hace la aclaración de que del total de nuestros pacientes internados en el servicio de Columna durante el periodo referido, no fueron objeto de estudio todos aquellos pacientes con problemas de esco--liosis, cifosis, Klippel Field, FxLx de coxis y columna inestable que ameritara tratamiento a base de artrodesis por via posterior con cualquiera de las tecnicas conocidas y mas utilizadas como son:- Luque, Luque Galveston, Harrington, o combinaciones de estas tres.

Para el presente estudio se tomaron en cuenta a -- todos aquellos pacientes que tuvieron un episodio de -- lumbaglia cuando menos, lumbociatalgia o ciatalgia, -- cualquiera que fuera la causa que determinara la sin--tomatología.

UNIVERSO DE TRABAJO:

Tuvimos en los seis meses de estudio un total de 632 pacientes hospitalizados con padecimientos diversos de columna, los cuales están referidos en el cuadro numero 1, distribuidos mes por mes, - observando que en el mes de septiembre fue el mes que menos pacientes se valoraron ya que tuvimos otros --- diagnosticos por los hechos acontecidos y de todos conocidos del dia 19 09 85 durante el terremoto que sucedió en nuestra capital, motivo por el cual el mes de agosto y septiembre son puestos en una sola lista de cotejo.

Con el anterior cuadro corroboramos que el paciente mas afectado es el paciente del sexo masculino, en la etapa mas productiva de su vida teniendo -- como edad promedio de afeccion los 39.7 años de edad. Cuadro num 2, con edad menor a los 21 años y mayor a los 62 años. (gráfica Num 1)

Tambien se comprueba un porcentaje muy importante desde el punto de vista de ocupación de afeccion de esta patologia en personas economicamente activas, como son obreros, profesionistas, mantenimiento, intendencia, empleados etc Cuadro num 3 y tambien de afeccion importante en amas de casa.

PACIENTES HOSPITALIZADOS DE MAYO A OCTUBRE DE 1985			
MES	TOTAL	LASC.	FEM.
MAYO	119	75	44
JUNIO	126	70	56
JULIO	127	75	52
AGOSTO	144	79	65
SEPTIEMBRE			
OCTUBRE	116	56	60
TOTAL	632	355	277
PORCENTAJE	100%	56.17%	43.83%

CUADRO NÚM. 1

DISTRIBUCION POR EDAD	
Mayor edad	62 años
Menor edad	21 años
promedio edad	39.7 años

CUADRO Num 2

OCCUPACION	NUM. CASOS
OBRERO	108
SECRETARIA	42
EMPRESARIA	28
EMPLSADO	48
INDEPENDENCIA	28
INDEPENDIENTE	18
HOGAR	76
OTROS	74

TOTAL: 420

CUADRO NUM 3

TOTAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

632

TOTAL DE PACIENTES ESTUDIADOS

420 = 66.45%

TOTAL DE PACIENTES CON PATOLOGIA DE COLUMNA NO ESTUDIADOS EN EL PRESENTE:

212 = 33.55%

ENTRE LOS ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES MAS COMUNES

PODEMOS ENLISTAR LOS SIGUIENTES.

- a).- Diabetes mellitus
- b).- Hipertension arterial
- c).- Cardiopatías
- d).- Cirrosis hepática
- e).- Enf. neurológicas
- f).- enf. pulmonares
- g).- Otras:- enf. Tiroides, Absceso hepático, secuelas polio, asma, A.R. etc.

DENTRO DE LOS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS
LAS IMPORTANTES ENCONTRAMOS LOS SIGUIENTES:

- a).- Antecedentes quirurgicos: apendicectomía, amigdalectomía, cesarea, Salpingoclasia bilateral, etc.
- b).- Alergias medicamentosas:- Penicilina, dipirona, barbituricos etc.
- c).- Hipertension arterial
- d).- Parotiditis
- e).- Hepatitis
- f).- Litiasis renal e infeccion vias urinarias
- g).- Diabetes mellitus
- h).- Contusiones y Fracturas
- i).- Otros: asma, toxemia gravidica, tifoidea, etc.

El promedio de evolucion del padecimiento actual en tiempo de inicio a su atención en hospitalización fue en promedio de 22 meses, con aparición de sintomatología la menor al mes de evol y la mayor a los 9 años (fig y cuadro num 4); haciendo la aclaración que estos ultimos pacientes ya antes habian sido atendidos y manejados, pero unicamente se tomó en cuenta el tiempo de aparición de sus sintomas a la hospitalizacion referida en el presente estudio

Cabe hacer la aclaración que muchos de los -
pacientes se internaron en mas de una ocasión mien-
tras se efectuaba el presente estudio y todos esos
internamientos fueron tomados como uno solo, por -
la misma patología existente.

Tambien concluimos con el presente estudio --
que las causas referidas por el paciente como desen-
cadenantes de la sintomatología fueron:

- a).- esfuerzos fisicos - levantar objetos
pesados.
- b).- contusiones
- c).- Movimientos bruscos
- d).- Desniveles en las estrechidades
- e).- De causa no determinada, de inicio -
interpestivo o progresivo.

Tambien se busco intencionadamente si el dolor
era lumbar exclusivamente, o acompañado de ciatalg-
gia o una combinación de ambos, cuadro num 5; ---
aclarando que muchos de los pacientes fue difícil
la diferenciación, o muchos que empezaron con dolor
lumbar terminaron con ciatalgia o la combinación de
ambos.

TIEMPO DE EVOL. F.A. a HOSPITALIZACION	
Mayor tiempo	9 años
Menor tiempo	22 meses
Menor de 1 años evol	205 pac
Mayor de un año evol	215 pac
Total	420 pac
Promedio Tx evol. FA	22 meses.

CUADRO NUM 4

DOLOR LUMBAR FURO	230 p	54.76%
DOLOR CIATICO FURO	102 p	24.28%
COMBINACION DE LUMBOCIATALGIA	88 p	20.96%
	420	100.0%

CUADRO NUM 5

Las actividades que fueron evaluadas en cada paciente y que predominantemente agravaban la sintomatología fueron las sgtes.:

- a).- Deporte
- b).- Caminar
- c).- sedentación
- d).- Estar de pie
- e).- decubito dorsal.

Los resultados y porcentajes se encuentran correlacionados en el cuadro num 6.

Igualmente se tomó en cuenta el sobrepeso en los pacientes, tomando como referencia en peso ideal tomado como normal hasta el 10% de sobrepeso; se valoró por arriba del 10% al 20% como + y por arriba del 20% como ++. Los resultados se muestran en el cuadro num 7.

También se buscó intencionadamente a personas que tuvieran sintomatología urinaria acompañante, que en determinado momento nos pudiera causar confusión. Ver cuadro num 8

Algunos pacientes mostraron alteraciones en la curvatura de columna ocasionadas por el síndrome doloroso lumbar, como respuesta secundaria al mismo ver cuadro 9.

ACTV. QUE AGRAVAN SINTOMATOLOGIA

EMOCIONES	92.1%
CAMBIAR	83.2%
IDENTIFICACION	35.0%
ESTAR DE PIE	34.4%
DE CURIOSO	7.4%

CUADRO NUM 6

Pacientes con sobrepeso		
+	99	23.89%
++	56	13.09%
TOTAL	155	36.68%

CUADRO NUM 7

PACIENTES CON SINTOM. URINARIA	
104	24.76%

CUADRO NUM 8

PAC. CON ALTERACIONES CURVA	
56	13.33%

CUADRO NUM 9

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Las estudios efectuados que nos permitieron llegar a los diagnósticos correspondientes junto con la valoración clínica fueron:-

- a).- Hidromielografía
- b).- Electromiografía
- c).- Tomografía axial computada
- d).- Rx simples de columna, AP, Lat y Oblicuas.

Hubo muchos pacientes donde fue necesario efectuar todos los estudios referidos anteriormente o la repetición de un mismo estudio, como fue el caso de repetición de hidromielografías.

El porcentaje total de corroboración diagnóstica entre hidromielografía y lumbociatalgia fue en total de 225 pacientes dándose un 53.8%. La corroboración de ser pacientes portadores únicamente de lumbalgia sin alteraciones en disco o raíces fue en total en 135 pacientes correspondiendo a 32.7% y el restante 14.7% correspondió a otras alteraciones como son espondilolisis degenerativa, sacroileitis etc. ver cuadro número 10.

También se encontraron asociaciones con otras patologías también de columna vertebral pero que tenían componente radicular o discal, las cuales son referidas en cuadro 11.

COMBINACION CLINICA/CARDIOPES

LUMBOCIATALGIA	226	53.8%
LUMBALGIA	135	32.8%
OTROS	59	14.4%
TOTAL	420	100.0%

CUANDO FUE 10**ASOCIACION CON OTRAS PATOLOGIAS**

a).- espondilartrosis
b).- Coxigoliosis
c).- Escoliosis
d).- Espondilolisis y listesis
e).- Otras

CUANDO FUE 11

El tratamiento proporcionado a nuestros pacientes fue:-

- a).- laminectomía
- b).- discectomía
- c).- Atrodesis posterior Luque Galveston
- d).- liberación de raíces
- e).- conservador: Medicina Física
- f).- Bloqueo terapéutico
- g).- Tracción pélvica
- h).- soluciones microrrelajantes
- i).- Mixtos
- j).- No aceptaron tratamiento

El bloqueo terapéutico, se empleó en 96 pacientes en total dándonos un total del 22.85%, de los cuales aún se controlan algunos en nuestro servicio, siendo dados de alta definitiva muchos de esos pacientes. Hubo algunos pacientes que ameritaron la aplicación de dos o tres bloques consecutivos, y hubo igualmente algunos pacientes que a pesar del bloqueo requirieron cirugía, la cuál fue efectuada fuera de este estudio, tiempo posterior a efectuarse el mismo, motivo por el cual no se pone relación pero si se hace referencia.

Las sustancias utilizadas en el bloqueo terapéutico fueron las siguientes:-

Meperidina:- 50 mgs

Metilprednisolona 120 mgs

Xilocaina al 1% simple: 100 mgs

A muchos pacientes fue necesario efectuar diferentes tra-
tamientos para la desaparición de sus síntomas o la disminución
en la intensidad de los mismos, y que no se anotan en el pre-
sente estudio por encontrarse muchos de ellos aún en tratamien-
te en esta unidad.

También se comprobó que mientras más puntos positivos se
tenían en el presente estudio y se comprobaba el diagnóstico
se proporcionaba el tratamiento adecuado con disminución o de-
saparición de la sintomatología. Igualmente cuando se encon-
tró una cuenta pareja en puntos positivos y negativos se real-
izó también medidas adecuadas, con disminución de la sintoma-
tolegía. Igual cuando los puntos negativos predominaban se —
corroboraba la existencia de patología agregada en esfera psí-
quica, urogenital, obesidad etc, siendo dados de alta los
pacientes con indicaciones estrictas para su manejo en su uni-
dad de descripción.

CONCLUSIONES:

- 1.- De el total de pacientes hospitalizados en el Hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas del IESS en el periodo comprendido entre mayo y Octubre de 1985 de un total de - 632 pacientes, se revisaron los expedientes clinico radio l6gicos de 420, correspondiendo a un 66,4 %.
- 2.- No hubo un predominio franco en cantidad con respecto a sexo, ya que del sexo masculino fue en total un 56,7% y f y femenino un 43,83%.
- 3.- El periodo de edad donde hay mayor afecci6n de esta patologia es entre los 35 y 40 a6os de edad.
- 4.- La ocupaci6n predominante en nuestros pacientes fue la de personas econ6micamente activas (obreros) que no encuentran sometidos a esfuerzos fisicos grandes y pesados y teniendo en segundo lugar las labores del hogar, con lo que se corro bora que estas labores son capaces de desarrollar patologia a nivel de columna lumbar.
- 5.- La actividad que agrava la sintomatologia fue el efectuar deportes, asi como la marcha en muchos de esos pacientes - aumenta la sintomatologia.

6.- El padecimiento mayormente referido en nuestros pacientes fue de lumbalgia pura en 230 de ellos correspondiendo a un 54.76%, pero que a la exploracion clinica e hidromielografía correspondió a la lumbociatalgia en 226 pacientes correspondiendo a un 53.8%.

7.- El total de pacientes que se le efectuaron estudio de hidromielografía fue a 343 lo que corresponde a un 81.8 %. Con lo cual se llegó a un Rx completado con estudios de Rx simples AP, Lat y Oblicua de columna lumbar, y en algunos casos con electromiografía y tomografía axial computada.

8.- El tratamiento proporcionado a nuestros pacientes fue en algunos casos único pero en muchos otros fue combinación de tratamientos y que no se puedan proporcionar porcentajes ya que aún en la actualidad hay muchos pacientes que continúan bajo control.

9.- Por la gran variedad multifactorial etiologica y de padecimientos agregados en la esfera Psicológica, urogenital, obesidad etc, la conclusion final es la necesidad de un equipo multidisciplinario para la atención de estos pacientes y así poder ofrecer mejores resultados y una pronta reubicación a las actividades cotidianas de cada paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. ABERG J. MD Dr Med Sc: EVALUATION OF AN ADVANCED BACK PAIN REHABILITATION PROGRAM. SPINE 9:3:317-318 1984
2. BIERING-SORENSEN FIN, MD: PHYSICAL MEASUREMENTS AS RISK INDICATORS FOR LOW/BACK TROUBLE OVER A ONE - YEAR PERIOD. SPINE 9:2:106-118 1984
3. CAILLIET:DORSO 1983
- 4.-CONTRERAS DIAZ MANUEL : ANALISIS RETROSPECTIVO DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR EN PACIENTES CON LUMBALGIA AGUDA. TESIS, 1985.
5. DE PALMA F. ANTHONY - ROTHMAN RICHARD: DISCO INTER VERTEBRAL. 1a EDICION 1971
6. DURING J. GOUDPROOIJ H. KEESEN W. MD: TOWARD STANDARDS FOR POSTURE. POSTURAL CHARACTERISTICS OF THE LOWER BACK SYSTEM IN NORMAL AND PATOLOGIC CONDITIONS SPINE 10.1. 83-87 1985
7. FAIRBANK JEREMY J.T. O'BRIEN JOHN P.: THE ILIAC -- CREST SYNDROME. A TREATABLE CAUSE OF LOW BACK PAIN SPINE 8.2.220-224 1983.
8. FAIRBANK JEREMY. PRCS. FYNSET PAUL B. POORTVLIET JANE A. PHILLIPS HUGH. SPINE. INFLUENCE OF ANTHROPOMETRIC FACTORS AND JOINT LAXITY IN THE INCIDENCE OF ADOLESCENT BACK PAIN. SPINE 9.5. 461-464 1984.

17. ROLAND MARTIN. MORRIS RICHARD.: A STUDY OF THE HISTORY NATURAL OF BACK PAIN. PARTE I DEVELOPMENT OF A RELIABLE AND SENSITIVE MEASURE OF DISABILITY IN LOW BACK PAIN. SPINE 8.2. 141-144. 1983.
18. ROLAND MARTIN. MORRIS RICHARD.: A STUDY OF THE NATURAL HISTORY OF LOW BACK PAIN. PART II: DEVELOPMENT OF GUIDELINES FOR TRIAL OF TREATMENT IN PRIMARY CARE. SPINE. 8.2. 145-150. 1983
19. BOTHMAN Y SIMONE: COLUMNA VERTEBRAL 1983
- 20.-SIMON: THE LOW BACK PAIN. 1983
21. SMIDT G. HERRING T. AMUNDSEN M.L. ROGERS M. --- RUSSELL A. LEHMANN T. ASSESSMENT OF ABDOMINAL AND BACK EXTENSOR FUNCTION. A QUANTITATIVE APPROACH AND RESULTS FOR CHRONIC LOW BACK PATIENTS. SPINE. 8.2. 211-219 . 1983.
22. SODERBERG G. BARR J.O. : MUSCULAR FUNCTION IN CHRONIC LOW BACK DYSFUNCTION. SPINE 8.1. --- 79-84. 1983
23. BRAND R.A. LEHMANN T.R. MD.: LOW BACK IMPAIRMENT EATING PRACTICES OF ORTHOPAEDIC SURGEONS SPINE 8.1. 75-78 1983.
24. SPENGLER D.M. MD. : CHRONIC LOW BACK PAIN. THE TEAM APPROACH. SPINE. CLINICAL ORTOPAEDICS AND RELATED RESEARCH. 179. 71-76. 1983.
25. SUZUKI N. MD and ENDO S. MD. : A QUANTITATIVE STUDY OF TRUNK MUSCLE STRENGTH AND FATIGABILITY IN THA LOW BACK PAIN SYNDROME. SPINE 8.1. 69-74 1983.

26. TAYLOR W.P. MD. STEEN W.R. KUBISZYN T.W. —
PREDICTING PATIENTS, PERCEPTIONS OF RESPONSE
TO TREATMENT FOR LOW BACK PAIN. SPINE 9.3. —
313-316. 1984
27. —ASSESSMENT OF SEVERITY IN LOW BACK DISORDERS.
WADDELL G. FRCS. MAIN G.J. SPINE 9.2. 204-208
1984.
28. WADDELL G. MAIN G.J. MORRIS E.W. DI PAOLA M.
CHRONIC LOW BACK PAIN, PSYCHOLOGIC DISTRESS, AND
ILLNESS BEHAVIOR. SPINE. 9.2. 209-213 .1984.
29. WIESEL S.W. PEPPER H.L. MD. AND BOTHEAN R. MD
INDUSTRIAL LOW BACK PAIN. A PROSPECTIVE EVA-
LUATION OF A STANDARDIZED DIAGNOSTIC AND TREA-
TMENT PROTOCOL. SPINE 9.2. 199-203 1984.
30. YANG K.H. AND KING A.I. —MECHANISM OF FACET —
LOAD TRANSMISSION AS A HYPOTHESIS FOR LOW BACK
PAIN. SPINE .9.6.557-563 1984.