

eldiario.es

¿Por qué sufrimos lumbalgias?

Pablo Terrón, Director de Fisioterapia de la Universidad 'Francisco de Vitoria'

Entre el 70 y el 85% de la población adulta sufre dolor de espalda alguna vez en su vida. La prevalencia anual se coloca entre el 15 y el 45%. La lumbalgia se ha convertido en la segunda causa más frecuente de visita médica por dolor crónico después de la cefalea

Todo el mundo es capaz de identificar perfectamente el concepto de lumbalgia, pero a la vez tenemos muchas dudas entorno a las distintas formas o causas que provocan su instauración. La relación causal más sencilla es la de carácter mecánico, es decir, la relación dolor muscular lumbar causada por el exceso o sobreuso de la musculatura. Si realiza actividades en las que participa la musculatura lumbar, bien por exceso de repetición, como puede ser el gesto de coger objetos relativamente pesados de forma repetitiva, (como al realizar una mudanza de muebles), bien por levantar, trasladar o elevar un objeto pesado de un lugar a otro, en ambos casos podemos sufrir una lumbalgia. La relación establecida entre la causa y el efecto es evidente, pero no siempre sufrimos lumbalgias por causas tan claras. De hecho, en un porcentaje alto, los posteriores episodios de lumbalgias tras sufrir un primer episodio no suelen corresponderse con causas justificadas.

¿Relaciona el dolor lumbar con algo que haya realizado?, es una de las preguntas más frecuentes de un fisioterapeuta, y que generalmente no encuentra una respuesta contundente. En la

mayoría de los casos recordamos el primer episodio de lumbalgia y damos por válido relacionar el episodio actual con la antigua lesión mal curada. Lo cierto es que quien haya padecido de una lumbalgia no la olvidará....

Lo que nos hace recordar a la perfección nuestro primer episodio de lumbalgia es el carácter invalidante del mismo. La lumbalgia suele presentarse de forma fulminante provocando un fallo muscular que incluso impide cualquier tipo de movilidad de la columna, dejándonos “clavados” en la posición en la que nos encontrábamos cuando apareció. Quizás hemos sufrido anteriormente sobrecargas en la musculatura de las piernas o brazos que limitaron nuestros movimientos, pero la lumbalgia bloquea el centro neurálgico de nuestro aparato locomotor, la espalda, y sin ésta no podemos llevar una actividad normal. Además, las lumbalgias mantienen un dolor sordo pero continuo en la zona donde se instaura, acentuándose al intentar movilizar o enderezar la zona. Lo cierto es que la lumbalgia sigue siendo una asignatura pendiente para la salud. Es más, siendo ésta en la mayoría de los casos una patología relacionada directamente con la musculatura debería, al igual que en otras patologías de carácter muscular, tener soluciones sencillas y rápidas, y por el contrario presenta un porcentaje de incidencia y falta de solución definitiva muy altos.

En el presente artículo no pretendemos presentaros la fórmula mágica para solucionar vuestros dolores lumbares. Sin embargo, si me gustaría compartir con vosotros los últimos estudios y las conclusiones clínicas que se derivan.

Los primeros estudios que ofrecían soluciones al dolor lumbar relacionaban éste directamente con el disco intervertebral. En 1934 los neurocirujanos norteamericanos Mixter y Barr publican buenos

resultados de la extirpación del disco que comprimía las raíces. Fue tal la influencia de este hecho, que en un año un solo neurocirujano llegó a operar 400 casos. Se establece la relación entre degeneración discal y hernia de disco.

Se olvidan los trabajos de Putti de 1920 en que habla de la hiperlordosis como causa del dolor lumbar. Los de Ghromley (1933) que describe el síndrome de las facetas articulares (facet syndrome). Los de Kellengren (1938) que demuestra el dolor referido al inyectar suero salino en los ligamentos de la columna. Los fallos de la cirugía discal con solo un 60% de alivio de los pacientes hacen valorar aquellos trabajos “olvidados” y Riss publica 2.000 secciones percutáneas del ramo posterior del nervio raquídeo, Shearly en 1975 propone la radiofrecuencia como tratamiento y Lazorthes la termocoagulación. Mooney en 1976 destaca el síndrome de las facetas articulares como causante habitual del dolor en la columna. Fassio (1981) recomienda la denervación quirúrgica de las facetas y Maigne la escisión de las cápsulas de estas articulaciones.

En base a estudios anatómicos y su correlación con la clínica, actualmente se aceptan los dos conceptos, el de la patología discal y el de la patología de las articulaciones. Los dos tienen distinto protagonismo y tratamiento. Es tal la incidencia de lumbalgias en la población que la falta de soluciones tempranas para esta ha suscitado un nuevo concepto de lesión, la lumbalgia aguda que es aquella que cura en 6 semanas, convirtiéndose en dolor de espalda crónico el que se prolonga más de 7-12 semanas.

La etiología es compleja. Hay un número importante de pacientes cuyas quejas de dolor no se acompañan de datos objetivos que las justifiquen, lo que ha motivado que autores como Fordyce

introduzca el concepto de Dolor Lumbar no específico. En este grupo de pacientes se encuentra una intolerancia a la actividad; los factores emocionales y sociales desempeñan un importante papel. Estrés, ansiedad, insatisfacción con el trabajo y depresión son factores predisponentes. Pocos pacientes se reincorporan al trabajo después de una baja superior a 6 meses y ninguno después de dos años. Hay que evaluar factores no médicos tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

En el próximo artículo analizaremos las consecuencias de la lesión desde un punto de vista muscular.