

COCCIGODINIA Y MEDICINA ORTOPÉDICA

Dres. J.Mª Gil y Fco. Colell (GBMOIM)

Con una incidencia diferencial de 5:1 en favor de la mujer y el claro condicionante de la obesidad, la Coccigodinia se presenta en forma de un dolor, generalmente de evolución crónica, que se localiza en el extremo caudal de la columna vertebral, irradiándose desde allí hacia la región inferior del sacro y a zona del periné, pudiendo acompañarse, en ocasiones, de sensación de tenesmo.

Es un dolor de intensidad variable que aumenta con la sedestación (especialmente sobre superficies duras) y que en ocasiones tiende a cronificarse, o que incluso aumenta en intensidad hasta volverse incapacitante para quien lo padece. También aumenta en ocasiones con la defecación, lo que es fácil de entender, si pensamos que la ampolla rectal apoya directamente sobre el propio coxis y el 1/3 inferior del sacro, lo que hace que al aumentar la presión de las paredes de la misma, ésta incida directamente sobre la estabilidad funcional de la articulación sacrocoxígea alterada, especialmente en los casos de sobreesfuerzo evacuatorio por estreñimiento.

El coxis, como elemento móvil de la columna vertebral, basa su estabilidad funcional en la *articulación sacrocoxígea*, que lo solidariza a la columna vertebral, en dos ligamentos de estabilidad, el *sacrocoxígeo posterior* (que es prolongación del ligamento sacrotuberoso) y el *sacrocoxígeo anterior* (prolongación a su vez del ligamento común vertebral anterior), y además en un ligamento de movilidad, como es el ligamento *anucoxígeo*, que solidariza el extremo del coxis con el esfínter anal y los músculos elevadores del ano.

Esta disposición anatómica favorece el movimiento anterior del coxis y, a su vez, la resistencia del mismo al desplazamiento posterior. Pero un traumatismo exagerado en sentido posteroanterior (por ejemplo, una caída en sedestación sobre una superficie saliente y dura), puede llevar al coxis en su desplazamiento anterior más allá de lo que permite la resistencia del ligamento sacrocoxígeo posterior, quedando éste lesionado y la estabilidad funcional del

coxis afectada, produciéndose entonces, en orden de gravedad, estados de hiperlaxitud, de subluxación o incluso de luxación anterior, con la consiguiente sintomatología dolorosa que ello comporta.

Así pues, se admite que los traumatismos son la causa principal de las coccigodinas, pero no la única. Así, otras causas las tenemos en la presencia de un quiste pilonidal, de un absceso sacrocoxígeo, de un tumor o incluso de una aracnoiditis local, procesos todos ellos de fácil identificación por diagnóstico diferencial.

Mayor dificultad comporta relacionar la coccigodinia con una lumbalgia de origen mecánico o de origen discal, como parte de los síntomas asociados a tales patologías, aunque tal posibilidad no debe descartarse de entrada, como tampoco pueden olvidarse las causas funcionales, en especial la coccigodinia de origen pitiático, tan frecuente en las adolescentes.

DIAGNÓSTICO

Así pues, el diagnóstico se basa casi siempre en la Historia Clínica, sobre todo en la anamnesis para averiguar antecedentes traumáticos, y en la exploración por palpación de la zona y de su vecindad, donde puede apreciarse a veces la inflamación y delimitarse la extensión de la zona dolorida. Aunque pocas veces se justifica, puede recurrirse también al tacto rectal, lo que permite valorar bien la movilidad, en especial el desplazamiento anterior, el relieve alterado de la pared anterior sacrocoxígea y sobre todo la resistencia o excesiva laxitud al desplazamiento posterior.

Los estudios complementarios, como las radiografías permiten comprobar fracturas y la disposición del coxis en su relación con el sacro (angulación y situaciones de luxación o subluxación)), así como la de los anillos distales. El estudio RMN permite valorar las superficies articulares y el alcance de los tejidos blandos inflamados. En cuanto a la GGO, sólo aporta datos concluyentes en la fase de remodelación de las fracturas.

Llegados a este punto del estudio diagnóstico y antes de decidimos por una indicación terapéutica, hay que confirmar la relación del dolor con las alteraciones observadas en la exploración, descartando causas locales como la presencia de neuritis, las compresiones de una rama nerviosa a distancia, las artritis y las enfermedades anorrectales o los procesos infecciosos perineales y también las causas generales derivadas de enfermedades vasculares, de una polineuritis sistémica o de la diabetes.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la coccigodinia, hasta ahora, ha venido contemplándose sólo desde los puntos de vista conservador e intervencionista.

El Tratamiento Conservador, se alcanza mediante el reposo, el uso de medicamentos antiinflamatorios “ad libitum” en cada época y la aplicación de medidas físicas dirigidas a la analgesia (termoterapia, electroterapia, protecciones ortésicas para sentarse en el trabajo y en los vehículos), así como tratamientos manuales.

Estas medidas pueden verse reforzadas por la asociación de medicación neuroestabilizadora (gabapentina o pregabalina) en aquellos casos en que el dolor tiene características neuropáticas, o medicación ansiolítica en los casos con marcado componente funcional.

También deben aconsejarse a los pacientes medidas encaminadas a corregir el estreñimiento en caso de darse esta circunstancia y la recomendación de evitar ciertas prácticas sexuales que pueden influir negativamente en el proceso, como es el caso del coito anal.

El Tratamiento Intervencionista comienza con las técnicas mínimamente invasivas como son *las técnicas de Infiltración local* con anestésicos, con anestésicos y corticoides, con preparados homeopáticos o con ozono, *las técnicas de proloterapia* dirigidas a recuperar o aumentar la estabilidad sacrocoxígea mediante la esclerosis y endurecimiento de los tejidos elásticos interóseos y periarticulares de la zona y *las técnicas de neuromodulación local*

o regional (implante de estimuladores de cordones posteriores y técnicas de perfusión espinal), y acaba con el **Tratamiento Quirúrgico**, que consiste en la coccigoidectomía parcial o total, que es un procedimiento radical que debe reservarse sólo para aquellos casos en los que fallan todos los tratamientos anteriores y no existe esperanza fundada de mejoría por otros medios.

Sin embargo, en **Medicina Ortopédica y Manual Osteopática**, sabemos que muchos casos mejoran de manera radical y muchas veces definitiva, con los tratamientos manuales adecuados, entre los que destacan los tratamientos de partes blandas y los de manipulación articular.

Los trabajos del **Prof. Robert Maigne** en este sentido fueron muy notorios en su momento y, sobre todo en la actualidad, los del **Prof. Jean Yves Maigne**, actual Director del Servicio de Rehabilitación y Reeducción Funcional del Hospital Hôtel Dieu de París, quien ha puesto de actualidad, confiriéndoles criterio de escuela, los *procedimientos de normalización y reducción manual* de las disfunciones y las alteraciones de la estabilidad de la articulación sacrocoxígea.

El Profesor Robert Maigne publicaba en su primer Tratado de Medicina Manual (1960) una *técnica propia* de manipulación sacrocoxígea que aseguraba un 75% de buenos resultados con 3 o 4 sesiones de tratamiento en las coccigodias de carácter mecánico. Dicha técnica, que curiosamente coincide de manera notable con la técnica manipulativa propuesta por el Dr. Luis de Mercado en su obra "**Instituciones que su Magestad mandó hacer al Doctor Mercado su Médico de Cámara y Protomédico General, para el aprovechamiento y examen de los Algebristas**" en 1598, se aplica mediante una maniobra de tacto rectal con el índice de la mano derecha, que apoya el pulpejo en cara anterior del coxis y parte del sacro provocando una ligera presión ascendente a nivel de la articulación sacrocoxígea al mismo tiempo que una ligera hiperextensión posterior del coxis, sin llegar a forzarlo. Al mismo tiempo, la otra mano ejerce una contrapresión por apoyo del talón de la mano sobre el dorso del sacro que se mantiene entre 10 y 30 segundos aproximadamente, produciéndose durante la misma una relajación de los músculos elevadores fácilmente detectable por el dedo intraanal del médico, mejorando de inmediato la sintomatología con

esta maniobra que, de obtener buen resultado, debe repetirse dos o tres veces en las dos semanas siguientes, para obtener una normalización completa.

Existen otros dos métodos a los que poder recurrir con el mismo fin.

El primero se basa en el “**masaje de los elevadores**”, realizado también mediante tacto rectal con presión digital progresiva en los espacios laterales al coxis, por mecanismo de presión-arrastre de los mismos, hasta obtener su relajación y la supresión de las contracturas. Aunque su acción es eficaz, el resultado de esta técnica suele ser poco duradero y puede requerir mayor número de sesiones de tratamiento que la técnica anterior.

El segundo es la técnica más utilizada en Osteopatía, y consiste en movilizar el coxis mediante presa del mismo con los dedos del operador (el pulgar en situación externa y el índice en situación intrarrectal) y movilización suave en todas direcciones (flexión, extensión, rotaciones y circumducciones) en lo que se conoce como “*baile del coxis*”, durante un buen rato. Es una técnica entretenida que en algunas ocasiones obtiene buen resultado, pero que en otras muchas no lo consigue.

Dadas las connotaciones palpatorias íntimas que suponen estas maniobras, lo que en más de una ocasión ha provocado equívocos de interpretación de la intencionalidad de las mismas que han acabado en los juzgados por demandas de abusos deshonestos, es conveniente que “siempre” se lleven a cabo en un quirófano o en salas especiales de atención, con sedación del paciente por parte de un anestesista y con presencia de enfermeras que sean testigos de la correcta actuación del médico.

Finalmente, cuando estas Técnicas fracasan o son rechazadas por el paciente, siempre se puede recurrir al tratamiento de **infiltración**, del que ya hemos hablado antes.