

sofmmoo.com 2003



Efecto de las manipulaciones vertebrales en la hernia discal lumbar

J. D'ORNANO, T. CONROZIER, D. BOSSARD, M. BOCHU, E. VIGNON
Hôpital Edouard Herriot 09337 Lyon Cedex 03

Traducción : F. Colell (GBMOIM)

Desde 1874, fecha en la que el anatomista italiano Domenico Cotugno, describió con precisión el trayecto anatómico del nervio isquiático, la opinión de los médicos sobre la etiología del dolor ciático ha evolucionado mucho.

Relacionada al principio con una afectación troncular de causa general, los trabajos de Dejerine mostraron la etiología radicular. Hubo que esperar a las publicaciones de Mixter et Barr (1934), y después a las de Sicard, y las de De Sèze (1939-1940) para que la unidad clínica se considerara a expensas de una etiología única en la que la ciática llamada común, como expresión del conflicto disco-radicular, constituyera una alteración esencialmente mecánica ⁽⁸⁾.

La vertebroterapia (manipulaciones vertebrales) tiene a su favor las mejorías rápidas y duraderas que han contribuido notablemente al éxito del método, tanto más cuanto esta terapia a menudo solo se propone tras el fracaso de los tratamientos clásicos, lo que acrecienta el valor de sus resultados. La vertebroterapia representa una terapia etiológica de elección entre algunas afecciones vertebrales de origen mecánico, entre las que se sitúa naturalmente la ciática común. Las manipulaciones vertebrales se integran junto con el reposo, el tratamiento farmacológico, las infiltraciones con corticoides, las tracciones vertebrales, y los métodos de contención, en el arsenal terapéutico a la disposición del médico.

Algunas tesis de medicina, entre ellas la de uno de los nuestros «Las Manipulaciones Vertebrales en Reumatología» ya han demostrado las posibilidades de acción de las manipulaciones vertebrales en el tratamiento de la ciática. Se trata de enfermos hospitalizados tras el fracaso de los diversos tratamientos clásicos propuestos, y a menudo tras varios meses de evolución. Los resultados, buenos y muy buenos, tras dos o tres sesiones de manipulación vertebral lumbar se situaban entre el 65% y el 70% ^(3, 5). No obstante, algunos autores permanecen reticentes a su uso en caso de ciático por hernia discal temiendo una eventual agravación de los síntomas.

Hemos estimado interesante confrontar las posibilidades de acción de las manipulaciones vertebrales en el cuadro del tratamiento de las ciáticas por hernia discal. Apoyándonos en los argumentos clínicos y de tomografía la finalidad de este estudio es demostrar la inocuidad de las manipulaciones cuando se realizan con estricto respeto de las grandes reglas de aplicación con

un protocolo de ejecución riguroso capaz de comprender el posible mecanismo de acción de las manipulaciones en la hernia discal.

Material y Método

Pacientes. Se incluyen en este estudio doce pacientes, 8 hombres y 4 mujeres. Todos presentaban una neuralgia ciática de origen discal, no hiperálgica ni deficitaria. La edad media de 42,8 años (entre 18 y 56 años). Con una evolución media de la ciática de 2,7 meses (de 10 días a 6,5 meses). Seis de ellos se trataron en ingreso hospitalario en el Servicio de Reumatología del Hospital Edouard Herriot à Lyon (Prof. E. Vignon); los seis restantes fueron tratados ambulatoriamente en la consulta de vertebroterapia. El seguimiento medio tras la última manipulación fue de 4,2 meses (de 1,5 a 10 meses).

Método. Se trata de un estudio prospectivo. Una vez hecho el diagnóstico de neuralgia ciática de origen discal confirmado por examen tomodensitométrico (TDM), todos los pacientes fueron tratados con manipulación vertebral (de 1 a 3 en total, 2 de media) efectuadas por el mismo médico.

Por supuesto, sólo se incluyeron en este estudio los pacientes que no presentaban contraindicaciones (clínicas, radiológicas, biológicas y/o técnicas) para la manipulación.

Las manipulaciones se realizaron con la condición de que existiera un sentido libre y no doloroso ⁽⁴⁾ (respetando imperativamente la regla de oro de Robert Maigne) al solicitar la unidad funcional vertebral L4-L5 o la L5-S1 ⁽⁶⁾.

La impulsión (trust) se aplicó según la semiología clínica de tipo mecánico en sedestación con rotación del tronco, o en decúbito con rotación del tronco o de la pelvis.

Cuando se efectuaron varias manipulaciones en un mismo paciente se practicaron en un intervalo de entre 5 y 7 días (3 a 11 días en los casos más extremos). Este tratamiento se realizó asociándolo a los otros actos terapéuticos habituales en la ciática común: reposo en cama, antiinflamatorios no esteroideos, miorrelajantes, infiltraciones epidurales con corticoides (7 casos de 12) y tracciones vertebrales (6 casos de 12).

Las manipulaciones vertebrales se propusieron tras el fracaso de estos tratamientos, ante la persistencia de signos clínicos objetivos raquídeos y radiculares; sea de primera intención o de fracaso con las tracciones.

De esta forma, un análisis semiológico cuantificado, ha permitido evidenciar el valor y las posibilidades terapéuticas de la vertebroterapia.

Antes del tratamiento e inmediatamente después de él se registraron los criterios siguientes: índice de Schober, distancia mano-suelo, existencia o no de inflexión antiálgica, signo de Lasègue, presencia o ausencia de alteraciones neurológicas, e impresión global del médico y del paciente.

Tras la última manipulación y las siguientes visitas de seguimiento, los resultados se clasificaron en 5 grupos:

- Muy buenos resultados: curación completa.
- Buenos resultados: persistencia de una mínima lumbalgia y/o ciatalgia de esfuerzo que no impide una vida normal.
- Resultados regulares: lumbalgia o ciatalgia moderadas que impiden llevar una vida completamente normal.
- Malos resultados: ausencia de mejoría significativa.
- Agravación: aumento del dolor y de la funcionalidad.

La mejoría no significativa (inferior al 50%) tras dos manipulaciones ha sido considerada como fracaso, y ha interrumpido el tratamiento con vertebroterapia.

Se realiza un examen tonodesitométrico de los tres últimos discos lumbares antes del tratamiento y otro a las 72 horas de la última manipulación. Se realizan reconstrucciones verticales en los planos frontal y/o sagital y reconstrucciones oblicuas en función del aspecto de la localización de la hernia discal para objetivar mejor el conflicto disco-radicular. Los resultados tonodesitométricos antes y después del tratamiento fueron examinados y comparados por dos médicos distintos al médico que efectuó las manipulaciones (Fig. 1a y b).

En el aspecto anatómico las anomalías discales se clasificaron según el nivel afecto (disco L4-L5 en 4 casos, y L5-S1 en 8 casos) y el tipo de hernia (hernia medial: 1 caso, hernia paramedial: 4 casos, hernia posterolateral: 5 casos, protrusión o discopatía asimétrica; 2 casos).

Resultados Clínicos

Se registraron bajo los criterios citados anteriormente tras la primera manipulación, pero sólo se tuvieron en cuenta los resultados confirmados durante la visita sistemática a los 15 a 30 días posteriores.

El índice de Schober de media pasó de 1,8 cm antes del tratamiento a 3,1 cm tras el tratamiento.

La distancia mano-suelo de media pasó de 43,5 cm a 26,3 cm.

La inflexión antiálgica se comprobó en 7 casos (58,3 %) antes del tratamiento y sólo en 1 caso (8,3 %) al final de éste.

El signo de Lasègue pasó de una media de 43° a 72,5°.

Por fin, las alteraciones neurológicas extremadamente mínimas (abolición del reflejo aquileo y dos discretos déficits del extensor del primer dedo) no se modificaron sensiblemente.

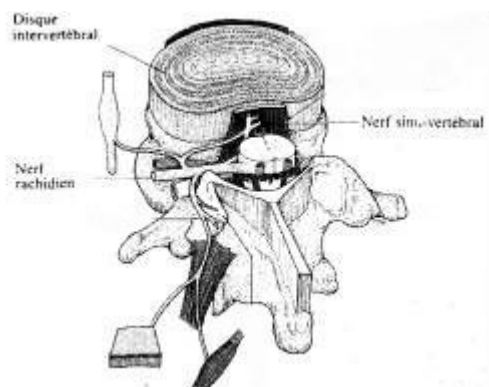
En total, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Muy buenos: 3 casos
- Buenos: 3 casos
- Regulares: 2 casos (con el 66,7% de mejoría)
- Malos: 3 casos
- Agravación : 1 caso (33,3% de fracasos)

Es decir un 50% de buenos y muy buenos resultados, 66,7% de mejorías, y 33,3% de fallos.

De entre los cuatro fracasos, se operaron 2 pacientes. Uno se trataba de una hernia discal extruida en L5-S1, el otro era una hernia subligamentosa L4-L5. Un paciente se trató con nucleolisis pero el seguimiento aún es insuficiente para presentar el resultado.

Resultados Tomodensitometría



En once de los doce casos (91,7%) la imagen tomodensitométrica no se modificó sensiblemente a pesar de la evolución clínica favorable en 8 de esos 11 casos (72,2 %).

Señalar que en un caso de discopatía asimétrica en L5-S1 se podía discutir en el segundo scanner una discreta disminución del reborde discal sin poderlo afirmar formalmente.

Por el contrario, en un caso (8,3 %), el scanner objetivó una migración de la hernia hacia arriba en el foramen.

Discusión

A pesar del reducido número de pacientes tratados (12) y el seguimiento poco importante (4,2 meses), este estudio permite señalar dos nociones importantes.

La presencia de una hernia discal no nos parece una contraindicación para la práctica de las manipulaciones vertebrales, con la condición de que se realicen por un médico experto que respete estrictamente las grandes reglas de aplicación (ley del movimiento contrario y del no-dolor de R. Maigne) y en ausencia de alteraciones neurológicas graves.

En efecto, sólo apareció un incidente durante nuestro estudio, debido a la migración de un fragmento discal hacia el foramen. Este fracaso de la vertebroterapia confirmó la indicación quirúrgica anteriormente sugerida.

En todos los demás casos no hubo agravación de la sintomatología. Debido al estricto respeto del riguroso protocolo de ejecución. Por el contrario, en los 2/3 de los casos los enfermos mejoraron por lo menos parcialmente.

No se puede afirmar que la mejoría se debiera exclusivamente a la manipulación ya que al mismo tiempo todos los pacientes recibían los otros tratamientos habituales en la ciática común.

No obstante ello, la inmediatez del resultado constatado tras la manipulación con los test de Schober, la distancia mano-suelo, y Lasègue; permite acreditar el concurso importante de la vertebroterapia en esta mejoría, de la que los seguimientos posteriores demuestran su permanencia. Opinión que se reafirma ya que sabemos que se recurre a las manipulaciones tardíamente, la mayoría de las veces durante una hospitalización tras un largo periodo de fracasos con tratamientos clásicos dirigidos únicamente a la vertiente sintomática. A pesar de estas condiciones desfavorables en cuanto a la aplicación de la técnica, la vertebroterapia aún permite obtener la mejoría en alrededor del 70% de los casos.

El estudio tomodensitométrico permite afirmar que es posible, por lo menos en algunos casos, actuar directamente con manipulaciones sobre la hernia discal. En todos los casos favorables el control tomodensitométrico ha mostrado la **ausencia de correlación anatómo-clínica entre el volumen aparente de la hernia discal y la curación obtenida con la vertebroterapia**.

Hipótesis sobre el modo de acción de las manipulaciones

Estamos lejos de comprender que sucede exactamente con las manipulaciones vertebrales, su éxito no cuestionado y el interés creciente entre el estamento médico, muestra que son eficaces. Hay que intentar crear un acercamiento metodológico lo más riguroso posible ⁽⁸⁾.

La Unidad Funcional Vertebral (UFV) es un sistema biomecánico en equilibrio funcional, reagrupando en un conjunto coherente y esquemático los diversos elementos anatómicos situados entre dos vértebras contiguas y responsables de la aparición de los dolores de origen vertebral mecánico ^(Fig. 2). Al UFV pueden afectarle fenómenos de descompensación responsables de una disfunción mecánica segmentaria que comporta una semiología clínica que afecta a los diversos elementos de la metámera implicada.

Las manipulaciones vertebrales actuarían restableciendo el equilibrio funcional en el seno de la UFV y una biomecánica cercana lo más posible a la normalidad en función de la reversibilidad de las lesiones anteriores.

En la ciática común el factor mecánico está representado por la fuga del disco intervertebral, expresión del conflicto disco-radicular, ello permite admitir que la acción beneficiosa de la manipulación pueda alcanzar primeramente al disco intervertebral.

Todo el interés de la vertebroterapia radica en restituir de nuevo la compatibilidad de los diferentes elementos que constituyen el segmento vertebral en el desfiladero inter-disco-apofisario tanto en el receso como en el foramen. La hernia discal puede reducirse, desplazarse, colocarse en una zona asintomática.

Los recientes datos, aportados por la tomografía, la discografía, las constataciones quirúrgicas, y el resultado de las nucleolisis, pueden esclarecer el modo de acción de las manipulaciones en las ciáticas con conflicto disco-radicular.

Algunos canales lumbares estrechos límite son perfectamente tolerados y asintomáticos, la aparición de una ciática está provocada por la agresión sobreañadida de un disco en protrusión.

Cuando el elemento compresivo es el dominante en la aparición de la ciática, la quimionucleolisis permitirá que este canal lumbar estrecho sea de nuevo tolerado perfectamente por la raíz ciática.

En el caso de ciática por hernia discal, el estudio de estos mecanismos etiopatogénicos puede ayudar a la comprensión del modo de acción de las manipulaciones. Cuando la acción de la manipulación vertebral resulta eficaz en el tratamiento de la ciática, parece creíble que se sitúe de forma privilegiada en el disco intervertebral. Evidentemente no se trata de esperar el poder modificar el comportamiento de una hernia discal extruida, esto va más allá de las posibilidades de acción de las manipulaciones vertebrales.

Se puede admitir la disminución de las tensiones y las presiones intradiscales responsables de la fuga del núcleo, que permitirá actuar sobre las referencias de contigüidad disco-raíz; permitiendo el regreso al equilibrio funcional por modificación mecánica a nivel de la raíz, y fenómenos vasomotores y edematosos debidos a la compresión del saco dural y los plexos vasculares. La persistencia de signos compresivos en los exámenes de contraste a pesar de la curación clínica, puede explicarse por la solución de continuidad de las referencias disco-raíz. Si la vuelta al equilibrio funcional puede efectuarse

espontáneamente en algunos enfermos, la ayuda de la manipulación vertebral es necesaria cuando se ha superado el umbral de adaptación y regulación de la UFV.

La acción mecánica de la manipulación en las tensiones discales y las articulaciones interapofisarias posteriores implica el cese de las aferencias dolorosas de convergencia medular y su repercusión en la metámera correspondiente, especialmente en lo que respecta a la proyección dolorosa del dermatoma, y a las contracturas musculares de defensa y protección en el miotoma.

Los bucles de regulación y ajuste funcional pueden efectuarse nuevamente de forma normal, siendo la autorregulación una característica de los seres vivos. Parte del funcionamiento del raquis se hace de modo automático. Sólo la patología de origen vertebral mecánica común engendrada por las estructuras de la Unidad Funcional Vertebral puede ser tratada por medio de la aplicación de las manipulaciones vertebrales cuando la acción se sitúa en la UFV concerniente y responsable de esa patología.

Por fin, hay que recordar que la medicina manual no se puede concebir sin una base etiopatogénica; empieza con el examen clínico que alcanza un diagnóstico etiológico que hace proponer las propuestas terapéuticas, entre las que podemos situar la vertebroterapia. Tan solo los estudios médicos permiten estas propuestas terapéuticas. La indicación, la decisión de ejecución, y el seguimiento de la vertebroterapia deben permanecer como actos médicos.

Cualquier manipulación fuera del ambiente médico debe ser proscrita.

Conclusiones

Este estudio prospectivo de 12 enfermos tratados con manipulaciones vertebrales permite subrayar los puntos siguientes.

La hernia discal no es una contraindicación de las manipulaciones vertebrales. Practicadas respetando las reglas de aplicación por un médico experimentado, las manipulaciones vertebrales permiten la mejoría de la sintomatología en 2/3 partes de los casos, lo que está de acuerdo con la mayor parte de los datos de la literatura. No tienen efecto en 1/4 parte de los casos, sin provocar agravaciones.

La ausencia de correlación anatomo-clínica. En más del 90% de los casos la imagen tomodensitométrica de la hernia discal no se modifica, incluso cuando la evolución clínica es favorable.

En caso de hernia discal podemos suponer que las manipulaciones vertebrales permiten la disminución de las tensiones y/o las presiones intradiscales, provocando el retorno al equilibrio funcional por modificación de las referencias de contigüidad disco-raíz.

La movilización de la hernia discal en uno de nuestros casos prueba que la manipulación puede actuar directamente sobre la hernia, y con ello se puede clasificar como una terapia etiológica de la ciática común de origen discal.

Cuando está médicamente indicado y técnicamente posible (tras haber eliminado las contraindicaciones), el tratamiento con vertebroterapia puede ser propuesto precozmente sin esperar al fracaso prolongado de las terapias médicas sintomáticas, y antes de cualquier tipo de fisioterapia.

El resultado rápido y estable de la vertebroterapia en las $\frac{3}{4}$ partes de los casos, tras dos-tres sesiones, debe hacer incluir esta terapia etiológica en el cuadro del árbol de orientación de un tratamiento bien conducido de la ciática por conflicto disco-radicular.

La vertebroterapia puede constituir un test diagnóstico interesante antes de abordar la nucleotomía, la nucleolisis, o la cirugía de exéresis.

Los raros incidentes y el riesgo terapéutico inherentes a todo tratamiento deben hacer reservar la práctica de las manipulaciones vertebrales al uso exclusivo de médicos entrenados y especializados.

(Nota de Traducción: no se incluye la bibliografía a la que se hace referencia numérica en el artículo, ya que no está presente en el original)