

La ciática de origen sacro-vertebral

Henri FORESTIER

Aix les Bains, 1914

Traducción: F. Colell (GBMOIM)

La observación clínica de que algunos lumbagos preceden a algunas ciáticas, hecho que he comprobado durante mi práctica en Aix-les-Bains, me ha llevado a preguntarme si había relación de causa efecto entre las dos afecciones. Analizando la sintomatología de este tipo de casos he tenido que admitir que:

- Algunos lumbagos tienen origen en la articulación apofisaria sacro-vertebral
- Que esta artropatía sacro-vertebral apofisaria, en razón a la vecindad inmediata del nervio lumbosacro, actúa sobre él y determina un síndrome ciático
- Que se corresponde con los lumbagos bajos, considerados como artritis sacroilíaca a consecuencia del error de apreciación del punto doloroso que se atribuye a la sacroilíaca
- Que de forma creíble esta artropatía condiciona la escoliosis ciática.

Esta concepción de la patogenia de algunas ciáticas se construye sobre un conjunto de hechos anatómicos y clínicos que voy a desarrollar. Hechos que ya fueron objeto de una comunicación a la Sociedad de Terapéutica (11 marzo de 1914).

Algunos lumbagos tienen su origen en la articulación apofisaria sacro-vertebral

He dicho que algunos lumbagos tienen por origen la articulación apofisaria sacro-vertebral. Veamos las consideraciones sobre las que fundamento esta opinión:

Se admite que el lumbago es articular tanto o más a menudo que muscular. Es un concepto establecido hace algunos años por el Profesor Prof. A. Robin y por Londe. Pero no se ha precisado, que yo sepa, qué articulaciones lumbares son más origen de lumbalgia que otras. De pasada recuerdo que a diferencia de las articulaciones de los discos vertebrales, que son anfiartrosis, es decir, desprovistas de sinovial, las articulaciones apofisarias son artrodias, es decir, poseen sinovial, lo que las hace más vulnerables.



Ahora bien, hay particularidades anatómicas que permiten pensar que las articulaciones apofisarias sacro-vertebrales son más propensas a ser lugar de artritis que las demás articulaciones lumbares. Las apófisis articulares inferiores de la 5ª vértebra lumbar y el sacro están más separadas de la línea media, entre 5 y 6 milímetros por lo menos. Las facetas articulares son más planas y más anchas.

Esta disposición anatómica, que diferencia la articulación sacro-vertebral de las otras articulaciones lumbares, testimonia que tiene un papel más importante en los movimientos laterales del raquis. En el cadáver, a consecuencia de las malas condiciones por el endurecimiento de los ligamentos debido a la inyección de antisépticos, se constata en los movimientos de lateralización que las apófisis articulares de la 5ª lumbar descienden en sentido inverso unos 5 a 6 milímetros. También se constata que en la flexión estas apófisis tienen un deslizamiento (de abajo a arriba) de 2 a 3 milímetros, mientras que las demás lumbares tienen un desplazamiento inapreciable. De esta forma se explica que algunos movimientos en falso en algunas actitudes posturales provoquen un dolor brusco y violento en la región lumbar inferior alrededor de los riñones. En lo que respecta al disco, sabemos que se aplasta o distiende a medida que basculan las vértebras.

Así pues, debido a su movilidad y función, la articulación sacro-vertebral es una articulación que se fatiga, y en consecuencia está más expuesta a las inflamaciones y los traumatismos (como el esguince).

Posiblemente es el origen del lumbago con punto doloroso bajo, el que se observa en los casos de lumbalgia de repetición. En los otros casos es la articulación de las 4ª, 3ª, y 2ª lumbares, origen de los lumbagos de situación alta.

La artritis sacro-vertebral es una realidad clínica

En consecuencia la artritis sacro-vertebral apofisaria puede admitirse como una realidad clínica. Con la repetición de pequeños esguinces, o de crisis inflamatorias de naturaleza gotosa y reumática (lo más frecuente); la artropatía determinará lesiones de vecindad de periartrosis y de celulitis, ya que el ala del sacro está recubierta de una espesa capa de tejido célula-fibroso.

El nervio lumbosacro que forma la parte mayor del nervio ciático es adyacente a esta articulación. El funículo del 5º par lumbar, como lo llama Sicard, está adosado a la cara anterior de la apófisis articular del sacro, que a su vez forma la pared posterior del agujero de conjunción. Esta apófisis es una lámina saliente redondeada de la dimensión de una moneda de 50 céntimos, delgada, de 1 milímetro de espesor en su borde libre y de dos milímetros en su base de implantación.

Por ello, la cápsula fibrosa de la articulación es íntima vecina del nervio lumbosacro en su salida por el agujero de conjunción. Estas características anatómicas permiten explicar que un proceso inflamatorio desarrollado en la articulación apofisaria sacro-vertebral o en el tejido del ala del sacro pueden afectar al nervio lumbosacro y determinar un síndrome ciático. Es muy creíble que sucedan así las cosas.

En efecto, en las espondilitis de los gotosos y en las de los reumáticos he constatado con claridad ⁽¹⁾ que existe un tiempo de la afección de las neuralgias intercostales cuya causa es la irritación o la compresión de las raíces posteriores dorsales por los osteofitos en los agujeros de conjunción de las articulaciones interapofisarias, lesiones descritas por Félix Regnault en las piezas anatómicas de los museos. Hay una analogía total entre las dos manifestaciones neurálgicas, ya que unas y otras están influenciadas por los ataques de tos, o los estornudos, lo que indica que las vainas meníngeas empujadas en el agujero de conjunción contactan con el periostio dolorido por la inflamación. Aquí el signo de la tos es neto. Otro ejemplo de lesión ósea irritativa de este tipo, mencionaré las neuralgias y neuritis del plexo braquial provocadas por la periostitis y las exostosis de la primera costilla.

En suma, debemos admitir que un síndrome ciático puede ser provocado por la artritis sacro-vertebral apofisaria o por la celulitis del ala del sacro. Esta última ya fue señalada por Sicard ⁽²⁾ formando parte de la patogenia de la ciática. « Se podría, decía él, invocar la compresión de los fascículos nerviosos por una reacción inflamatoria de vecindad (artritis del agujero de conjunción, perimiositis, pericelulitis, vecina del agujero de conjunción, de la gran escotadura) » “¿reacción debido al frío, al reumatismo, a las intoxicaciones?” Esto le hizo decir a Sicard que la ciática es una enfermedad del agujero de conjunción en algunos casos.

Yendo más allá en el mismo orden de ideas, yo diría que la ciática es quizás una enfermedad de la articulación sacro-vertebral apofisaria. Anteriormente he mencionado al nervio lumbosacro nacido del 5º par lumbar. ¿Su lesión es suficiente para determinar el síndrome ciático sin que necesariamente estén

afectados el 1º y 2º pares sacros? Se puede responder afirmativamente ya que es el 5º par el que forma la mayor parte del nervio ciático, que posee la mayor parte de ramos sensitivos, y que inerva la totalidad de los músculos del muslo y la pierna.

Relaciones entre lumbago y ciática

He dicho al principio que había una relación muy estrecha entre algunos lumbagos y algunas ciáticas, que el pródromo del lumbago es un hecho clínico muy neto en algunos casos de ciáticas. Lo he podido observar personalmente durante mi práctica en Aix-les-Bains, y más de una vez he predicho una ciática a un gotoso que había sufrido varios ataques de lumbago sin hacer las curas necesarias para curarse. En estos pacientes, siempre he constatado que los puntos dolorosos más constantes están en la espinosa de la 5ª vértebra lumbar y sus apófisis articulares.

Además creo que estos casos son más frecuentes de lo que se piensa, y reconsiderar más las etiquetas de artritis sacroilíaca. De hecho la mayoría de ellas son artritis sacrovertebrales apofisarias. Veamos en lo que fundo esta opinión. Cuando el dedo presiona la espina ilíaca pósterio-superior en busca del punto doloroso atribuido a la artritis sacroilíaca, en realidad presionamos más sobre la articulación apofisaria sacrovertebral que sobre la sacroilíaca. Las dos están más o menos a la misma altura. Pero esta última está situada muy por delante en el lado de la cavidad pélvica donde aflora su sinovial; mientras que en el lado posterior está el ligamento sacroilíaco de un espesor de más de un centímetro. Es pues difícil que la presión del dedo actúe a través de este espesor, y despierte la sensibilidad de la articulación sacroilíaca. Por añadidura, es muy poco móvil, como sabemos (nutación). En razón a su insignificante movilidad, salvo en las mujeres gestantes, está poco sujeta a los traumatismos o a las inflamaciones.

Además cuando nos encontramos en presencia de, digamos, un caso de artritis sacroilíaca, constatamos que la presión bilateral sobre las crestas ilíacas no provoca dolor, contrariamente a lo que sucede claramente en los casos de sacro-coxalgia, que es en donde verdaderamente está lesionada la articulación sacroilíaca.

Así pues, si por una parte admitimos que la artritis sacroilíaca es rara, y por otra parte reconocemos que el punto doloroso en la espina ilíaca pósterio-superior (punto doloroso sacroilíaco de Valleix) corresponde a la artritis sacrovertebral apofisaria, se concibe a la perfección el que ésta represente un gran número de lumbagos. A este lumbago situado en la zona baja lo llamaría sacro-vertebral, y es el que tiene una relación causa-efecto con algunas ciáticas.

La artritis sacro-vertebral tiene también un papel en la escoliosis ciática

Pero esto no es todo. Este concepto me lleva a admitir que la artritis sacrovertebral apofisaria puede tener un papel en la escoliosis ciática en la que la patogenia aún no ha recibido una explicación satisfactoria. Charcot, Babinski y otros admiten la actitud instintiva adoptada por el paciente para aliviar el peso del cuerpo al miembro doloroso. Lortat-Jacob, en su excelente monografía de las ciáticas ⁽³⁾, relata muchas otras teorías que interpretan las cosas en el mismo sentido.

Sería más racional admitir que la artritis sacrovertebral apofisaria, coincidiendo con la ciática funicular, condiciona la escoliosis, porque la inclinación de la columna lumbar del lado opuesto entreabre la articulación apofisaria, realizando entonces una mínima presión de las superficies articulares sobre la sinovial.

Es una interpretación de este estilo la que ofrece Sicard cuando a propósito de la escoliosis dice ⁽⁴⁾: “Bajo la influencia aún indeterminada, pero ciertamente condicionada en gran parte por la reacción de defensa al dolor, y por una agresión de la articulación sacroilíaca, se inmovilizan algunos músculos con un tono fijo, que imprime actitudes variables a la arquitectura vértebro-coxal”.

A diferencia de Sicard, creo, tal como lo he explicado que es la articulación sacrovertebral apofisaria la que está en juego, y no la sacroilíaca. Esta teoría de la patogénesis de la escoliosis parece cuadrar con la mayor parte de los hechos. No obstante, nos podemos preguntar porqué la artritis sacrovertebral no se acompaña habitualmente de escoliosis. Mi explicación es que en los casos de lumbago sacrovertebral o de artritis sacrovertebral apofisaria, lo que es lo mismo, las dos articulaciones apofisarias están igualmente afectadas, de aquí la simple actitud de rigidez y no actitud inclinada. Si una de ellas está más afectada que la otra no implica nada más que será el lugar de artritis y periartritis que posteriormente originará la ciática. Así pues, una vez constituida la artritis sacrovertebral apofisaria unilateral, llegará un momento que se irritarán las ramas sensitivas articulares emanadas del funículo del 5º par lumbar. De esta forma la ciática y la artritis apofisaria interactuarán recíprocamente una con la otra, lo que mantendrá las condiciones de la escoliosis

A fin de cuentas admito perfectamente que en algunos casos está condicionada por la compresión del funículo en el paso entre la apófisis transversa de la 5ª vértebra lumbar y los fascículos del ligamento iliolumbar. La mínima hinchazón de la vaina del nervio en este punto, realizará la compresión.

Respecto a la escoliosis homóloga, escapa a cualquier explicación. Dado que es privativa de los neuropatas, está permitido pensar que el síndrome ciático corresponde en estos casos a una radiculitis, a una meningo-radiculitis, en las que es frecuente la especificidad. Son casos complejos en los que se asocia a las lesiones orgánicas un elemento espasmódico.

Se deduce de todo lo que se ha dicho que mi concepción de la patogenia sacrovertebral se aplica exclusivamente a las especies anatómo-clínicas llamadas ciáticas funiculares. Que pueden evolucionar como neuralgias o neuritis según el caso. Las ideas conocidas hasta ahora sobre la patogenia de las ciáticas tronculares, plexulares, primitivas, o secundarias, sobre las ciáticas radiculares siguen conservando todo su valor.

El control de la clínica demostrará si es exacta la patogenia sacrovertebral de algunas ciáticas tal y como lo he expuesto.

(1) **H. FORESTIER** - La spondylose rhumatismale, in Archives générales de médecine, juillet 1901.

(2) **SICARD** - Les sciatiques, diagnostic et traitement in Journal de médecine de Paris, no 41, page 812.

(3) **LORLAT-JACOB** et **SABAREANU**. - Les sciatiques; leurs traitements, 2e édition, Paris 1913.

(4) **SICARD**. - Loc. cit., p. 792.