

Lumbalgias y músculo cuadrado lumbar

J-C Goussard,

Rééducation fonctionnelle Hôtel-Dieu, Paris

Traducción : F. Colell (GBMOIM)

Las lumbalgias agudas o crónicas pueden tener origen en múltiples estructuras anatómicas y presentar características diferentes. Conocemos los orígenes articulares posteriores, discales, ligamentosos. El origen muscular parece menos frecuente y menos conocido. Nosotros hemos constatado que algunas lumbalgias tenían como origen la afectación aislada del cuadrado lumbar. Desarrollaremos los aspectos clínicos y terapéuticos de este síndrome de origen muscular.

Recordatorio anatómico – fisiológico

El cuadrado lumbar forma parte del grupo medio de los músculos de la región posterior e tronco. Con los intertransversos, está situado en el plano de las apófisis intertransversas, por delante de los espinales. Aplanado, cuadrado, se extiende desde la cresta ilíaca a la doceava costilla y a la columna lumbar. Formado por tres tipos de fascículos: iliocostales, iliotransversos y costotransversos.

Los fascículos iliocostales y los iliotransversos se insertan en la parte posterior de la cresta ilíaca y en el borde superior del ligamento iliolumbar. Se dirigen hacia arriba y hacia adentro. Las fibras superiores acaban en el borde inferior de la última costilla, las otras se insertan en la cima de las apófisis transversas de las cuatro primeras vértebras lumbares. Los fascículos costotransversos se dirigen abajo y adentro, desde el borde inferior de la doceava costilla a la cara anterior de las apófisis transversas lumbares.

Inervación

Este músculo está inervado por ramas colaterales del plexo lumbar. Los nervios del cuadrado lumbar nacen de las dos primeras ramas anteriores lumbares. También recibe algunas ramas provenientes del doceavo nervio intercostal

Fisiología y testing

Su contracción unilateral produce una inflexión lateral del tronco y un descenso de la última costilla cuando la pelvis está fija. A la inversa, cuando es el tronco el que está fijo, eleva la pelvis de su lado. Participa de la elevación pélvica durante la marcha. Para el test de inflexión lateral de la pelvis, se efectúa en decúbito ventral, con el miembro inferior homolateral en ligera abducción

Las distintas formas clínicas

Empezaremos con un ejemplo típico:

Caso M. M., 46 años. Mecánico de automóvil, aqueja un dolor vivo, lumbar derecho al recoger un perno. El dolor es estrictamente unilateral, localizado en el espacio costoilíaco, fuera de la línea de las espinosas, sin irradiación. Cualquier movimiento de flexión e inclinación izquierda del tronco es imposible. Los demás movimientos son un poco dolorosos, pero posibles, sobretodo las rotaciones. El dolor no es impulsivo. Al examen en bipedestación se constata la presencia de una actitud antiálgica moderada en inclinación lateral derecha del raquis lumbar. Al examen dinámico, existe aparición del dolor al inicio de la flexión del tronco, con imposibilidad para inclinarse a la izquierda, mientras que en el otro sentido el movimiento es normal e indoloro. A destacar que la actitud antiálgica persiste durante la flexión del tronco, sin arqueado lumbar.

En la palpación no se encuentra ningún signo local o a distancia de un síndrome vertebral segmentario dorso-lumbar o lumbo-sacro. El único signo físico es un punto doloroso exquisito situado aproximadamente a 5 cm de la línea media, en el espacio costoilíaco derecho, incluido en una importante contractura muscular aislada, vertical, en la que su palpación reproduce el dolor que explica el paciente de manera espontánea. La puesta en tensión de esta región en decúbito lateral izquierdo es dolorosa, igual que la contracción resistida en grado mínimo. Estamos entonces ante una lumbalgia debida a una contractura aislada del músculo cuadrado lumbar.

El tratamiento, en dos sesiones, con estiramientos progresivos de este músculo y una infiltración de anestésico en el cordón miálgico hace desaparecer completamente los síntomas.

Las lumbalgias bajas de origen dorsolumbar han sido descritas perfectamente. Sus signos y particularidades clínicas son además suficientemente conocidos. Localizadas o a distancia, entran en el cuadro del síndrome vertebral segmentario (R. Maigne). También existe la presencia de cordones miálgicos en el seno del músculo cuadrado lumbar durante la afección aguda o crónica de esta charnela, no es un hecho excepcional. Deben buscarse de manera sistemática.

No obstante ello, nos vemos obligados a constatar entre un cierto número de pacientes una lumbalgia (aguda o crónica) con presencia de contractura importante aislada del cuadrado lumbar, que el examen vertebral no permite atribuir a una afección segmentaria. El tratamiento local de esta contractura es suficiente para hacer desaparecer todos los síntomas, lo que permite atribuir la única responsabilidad a este músculo.

Hemos querido llamar la atención sobre este tipo de lumbalgia.

Forma aguda

Describimos el caso más típico de afectación unilateral en la que están presentes todos los signos. El paciente a menudo presenta una actitud antiálgica que asocia una inflexión lateral directa de la región lumbar y una ligera cifosis (o una reducción de la lordosis). Al examen, la inflexión lateral del lado doloroso es normal, indolora, mientras que es imposible hacia el lado opuesto. La flexión del tronco es dolorosa y limitada (se mide la distancia mano-suelo), y la actitud antiálgica en inclinación lateral se mantiene sin tensión de la musculatura paravetebral. La rotación hacia el lado doloroso está poco limitada, mucho más hacia el lado opuesto, por la tensión del músculo. La extensión no está limitada ni es dolorosa.

Algunos signos son evocadores:

- La palpación de la región costo-ilíaca encuentra de forma constante un importante cordón miálgico vertical, situado a 4-5 cm de la línea media, a mitad de camino entre la última costilla y la cresta ilíaca, a veces más alto, cerca de la inserción superior del músculo. Reproduce de forma constante el dolor espontáneo del paciente.
- La puesta en tensión pasiva del músculo, que puede hacerse en decúbito lateral del lado opuesto al dolor; en decúbito dorsal por tracción sobre el miembro inferior homólogo; o sentado; despierta igualmente el dolor.
- La contracción resistida es poco dolorosa generalmente (se hace en decúbito ventral como en la maniobra del test).

Punto fundamental: no existe ningún elemento a favor de un lumbago de origen dorso-lumbar. El examen vertebral segmentario de la charnela dorsolumbar es estrictamente normal, ausentes todos los signos a distancia (ni punto de cresta, ni celulalgia lumbo-glútea. Tanto la ausencia de signos vertebrales, la presencia de numerosos signos musculares, como la actitud antiálgica particular, llevan a evocar una lumbalgia de origen muscular.

A este respecto, DUCHENNE DE BOULOGNE relata tres casos de inflexión lateral directa de la columna vertebral por contractura unilateral del cuadrado lumbar (y quizás de los intertransversos lumbares). Según el autor, «el cuadrado lumbar inclina el tronco hacia su lado produciendo una flexión lumbar lateral cuya convexidad se orienta al lado opuesto, sin rotaciones vertebrales, incluso tras 6-8 meses de duración, y provoca una curva en S que caracteriza la contractura unilateral de los espinales lumbares y la escoliosis; porque en estos últimos casos los espinales hacen un relieve considerable en el lado que corresponde a la convexidad de la curva lumbar, relieve originado por la rotación de las vértebras lumbares». Siempre según este autor, los transversos espinosos, que él llama espinales profundos, son los rotadores esenciales de las vértebras. Los músculos espinales superficiales solo tienen acción de inclinación lateral y de extensión en su lado (2).

La afectación bilateral es menos frecuente, aunque la hemos encontrado alguna vez. En estos casos, puede existir una actitud antiálgica en ligera cifosis lumbar. Exceptuando la extensión, todos los movimientos son dolorosos y están limitados, pero el examen segmentario raquídeo es normal. A la palpación, existe una contractura importante de la musculatura paravertebral y de los cuadrado lumbares.

Las causas que originan con más frecuencia esta forma de lumbalgia aguda son los movimientos repetitivos o las malas posturas en inclinación lateral del tronco. El ejemplo tipo es la mala postura adoptada en el tresillo para ver la televisión. La fatiga prolongada o repetida del músculo en algunos gestos puede ser origen de una contractura muscular localizada.

Contrariamente a los dolores de origen dorsolumbar no hemos apercibido influencia de los movimientos de torsión del tronco como desencadenantes de este tipo de lumbalgia.

Forma crónica

En las formas crónicas, el dolor y la afectación muscular son más a menudo unilaterales. Su localización es idéntica a las agudas, latero-vertebral, en el espacio costo-ilíaco, sin irradiación. Mecánica, desencadenada por los movimientos de flexión e inclinación lateral opuesta, no impulsiva. En estos casos no existe actitud antiálgica. La afectación muscular se evidencia con el examen específico descrito anteriormente.

Puede ser debida a diversas causas:

Local: Aparentemente aislada, consecuencia de la fatiga muscular por los esfuerzos o las malas posturas, tras un episodio agudo o de aparición progresiva.

Vertebral: El dolor muscular puede ser secundario a un desarreglo intervertebral menor (DIM) dorsolumbar tratado localmente, pero en el que las manifestaciones a distancia no han sido tratadas o han pasado desapercibidas.

Mixta: Posiciones o movimientos repetitivos fatigan este músculo que tiene su sensibilidad aumentada por irritación crónica de la charnela dorsolumbar.

¿Podemos describir un síndrome del cuadrado lumbar?

En el cuadro de un síndrome vertebral segmentario los cordones miálgicos se buscan sistemáticamente. Su persistencia tras el tratamiento de la causa vertebral puede ser origen de dolores residuales. No hay que despreciarlos (4).

En un cierto número de lumbalgias, los datos confirman la responsabilidad aislada del músculo cuadrado lumbar. Lo demuestra la ausencia de signo de afectación raquídea en el examen local, la positividad de los test específicos que solicitan este músculo, la aparición del dolor espontáneo con la palpación, así como eficacia constante del tratamiento local.

Cuando se reúnen todas estas condiciones puede hablarse de síndrome muscular localizado.

Tratamiento

Una vez encontrada la causa puramente muscular de los síntomas, solo el tratamiento local tendrá una real y rápida eficacia.

Se emplean dos tipos de tratamientos:

Tratamiento manual

Las maniobras de estiramiento pasivo del cuadrado lumbar se efectúan en decúbito lateral del lado opuesto al dolor (Fig. 1), o en sedestación procurando estabilizar la pelvis (Fig. 2).



Fig. 1: Estiramiento del cuadrado lumbar en decúbito lateral.



Fig. 2: Estiramiento del cuadrado lumbar sentado.

Igualmente usamos las maniobras de contracción-relajación y las maniobras miotensivas en decúbito ventral, decúbito lateral, y sedestación. Se repiten aproximadamente de 8 a 10 veces, aisladas o combinadas, según su eficacia. Tres o cuatro sesiones generalmente son suficientes para hacer desaparecer el dolor y los signos locales.

Infiltraciones locales

Tras haber localizado el cordón miálgico por palpación, practicamos una infiltración de anestésico local en el punto más doloroso (punto gatillo).

Este tratamiento puede utilizarse solo o complementando el tratamiento manual.