

Interés de algunas técnicas sedantes manuales en las lumbalgias agudas

Jean-Claude Goussard

Service de Rééducation Fonctionnelle, Hôtel-Dieu de Paris

Traducción : F. Colell (GBMOIM)

La prescripción de antiinflamatorios no esteroideos, el reposo, y las infiltraciones son los principales métodos de tratamiento ante una lumbalgia aguda. Las manipulaciones vertebrales son parte integrante del arsenal terapéutico a condición de que puedan aplicarse y que el médico esté perfectamente entrenado en sus técnicas. Sus reglas de aplicación hace ya mucho tiempo que están codificadas; no hablaremos de ellas aquí. Es clásico el atribuir el origen de las lumbalgias comunes a la parte baja del raquis lumbar. La causa puede ser discal (lo más habitual), articular (a veces), muscular o ligamentosa (más raro).

Peor algunas lumbalgias bajas tienen su origen en la charnela tóraco-lumbar. Estas "lumbalgias bajas de origen alto" poseen aspectos clínicos específicos.

Las técnicas sedantes manuales sobre los tejidos blandos (planos cutáneos, musculares, o ligamentosos) y sobre las articulaciones, son, en algunos casos, muy eficaces. Muy a menudo menospreciadas o ignoradas tienen, no obstante, un interés real en el tratamiento de una lumbalgia aguda. Se utilizan técnicas de masaje, de movilización, de estiramiento, o posturales. Antes de indicar estas maniobras hay que hacer un estudio clínico preciso y detallado, consignando los resultados esquemáticamente. Las terapias manuales se adaptarán entonces en función de la forma clínica de la lumbalgia y de los resultados del examen.

Examen Clínico

Se desarrolla en dos tiempos. Primero el examen de la estática general de los miembros inferiores (incluyendo la podoscopia) y del raquis, en base al cual será clave indispensable para la etiología, y eventualmente para la corrección una vez superado el episodio agudo; y el examen raquídeo dinámico en bipedestación y en sedestación.

En una segunda fase, el examen palpatorio preciso, sistemático, y comparativo de los planos cutáneos glúteos y de la fosa lumbar; de los músculos paravertebrales, y de las fosas ilíacas externas; además de las diferentes zonas de inserción de ligamentos, músculos, y tendones de estas regiones.

Para examinar los planos cutáneos, el paciente está en decúbito prono, puede resultar útil un cojín bajo el vientre. Se usa la maniobra del “pinzado-rodado” que consiste en tomar un grueso pliegue de los planos cutáneos y subcutáneos entre el pulgar y el índice, traccionando de él y deslizándolo al mismo tiempo que se le pellizca. Esta maniobra que explora el revestimiento cutáneo centímetro a centímetro es indolora en condiciones normales. Por el contrario, en caso de irritación radicular, el pliegue es espeso y siempre doloroso respecto a las zonas vecinas y las simétricas.

Sabemos que los planos cutáneos de la región lumbar baja y la región glútea están inervados por las ramas posteriores de los nervios raquídeos T11, T12, L1, L2.

Esta celulalgia localizada, unilateral, es la consecuencia del sufrimiento de la rama posterior del nervio raquídeo, se sitúa en el dermatoma correspondiente. Del mismo modo, sistematizando este examen en toda la región, encontramos frecuentemente adherencias cutáneas dolorosas en toda (o en parte) de la línea de las espinosas ^(Fig. 1).



El examen de los músculos paravertebrales se hace con el paciente confortablemente instalado, en decúbito prono si es posible, con relajación muscular completa, un cojín bajo el abdomen (no obligatorio), y otro bajo los pies para relajar los isquiotibiales.

Tras efectuar algunas maniobras de relajación, los músculos se exploran nivel a nivel, con el pulpejo de los dedos, de superficial a profundo, y del centro a la periferia.

Durante un ataque agudo de la charnela dorso-lumbar, es frecuente encontrar cordones indurados tensos y muy dolorosos en los músculos espinales a lo largo de la línea de las espinosas (o más alejada de ella), en el cuadrado lumbar, y en la parte lateral de los oblicuos. La contracción permanente de estos músculos puede ser la causa, en ocasiones, de una actitud antiálgica en inclinación lateral, o de un bloqueo más o menos completo de la región. En los lumbagos de origen lumbar bajo la contractura paravertebral es normalmente más intensa, se extiende por toda la musculatura paravertebral lumbar: bilateral en caso de actitud antiálgica en cifosis, o lateral con actitud antiálgica directa o cruzada.

El examen de la musculatura glútea se hace en la misma posición anterior. La palpación será progresiva en busca de los cordones indurados en el seno del cuerpo muscular examinado. De medida variable; a veces aislados, a veces numerosos afectando la casi totalidad del músculo.

Están siempre presentes en las afecciones del raquis lumbar bajo, localizados principalmente en el Glúteo menor y medio, en el Tensor de la Fascia Lata (TFL), y en el Piramidal de la pelvis. La maniobra específica de estiramiento de estos músculos provoca un dolor muy vivo cuando el inicio y la irradiación se corresponden con el músculo estirado.

La palpación de las zonas de inserción de los ligamentos, muscular y tendones, se hará en los espacios interespinosos, las inserciones sacras del Glúteo Mayor, y la inserción terminal de los pelvi-trocantéreos. Estas zonas dolorosas las encontramos en las lumbalgias agudas de origen lumbosacro pues se corresponden por un lado con el origen de los dolores y por otro en el trayecto de las irradiaciones.

Conocemos estas falsas radiculalgias. Este examen también permite diferenciar entre una lumbalgia baja de origen dorso-lumbar a la que le corresponde la celulalgia lumbo-glútea y la contractura del cuadrado lumbar, con la lumbalgia de origen lumbosacro responsable de los cordones miálgicos y dolores de inserción de los músculos de la fosa ilíaca externa. Estas manifestaciones celulálgicas, miálgicas, y tendino-periósticas corresponden al "síndrome célula-teno-perióstico-miálgico de topografía metamérica" descrito por R. Maigne.

El examen de la movilidad raquídea lumbar y dorsolumbar es clásico. Se mide la distancia mano-suelo (poco fiable), la distancia dedo medio-maleolo externo (en la inflexión lateral), el índice de Schöber, la amplitud de las rotaciones globales; se aprecia la presencia de una desarmonía durante la lateralización y una actitud antiálgica estática o dinámica.

Tras el estudio de la movilidad global raquídea la exploración de la movilidad segmentaria dorsolumbar y lumbar (más fina) sentado y acostado, permitirá determinar las distintas orientaciones de las maniobras de movilización respetando el sentido libre e indoloro. Todos estos parámetros son de obligado conocimiento antes de abordar un tratamiento físico o manual.

Al inicio, o tras un cierto tiempo de la aparición del lumbago agudo, se completará con un examen de la estática lumbo-pélvica-femoral en bipedestación (asociación de lordosis/anteversión-flexo-rotación externa de la cadera como más habitual), de la movilidad de las caderas buscando un defecto de extensión del piramidal, del TFL, del Recto Anterior, del Psoas-ilíaco, y también un examen completo de la estática de los miembros inferiores.

Técnicas Sedantes

No pretendemos citar todas las maniobras que pueden utilizarse ante una lumbalgia aguda. Sólo describiremos aquellas que usamos con mayor frecuencia y que aportan a nuestros pacientes el máximo alivio con resultados

más rápidos. Su eficiencia está directamente ligada a dos parámetros: los datos conseguidos con el examen completo y preciso que permite adecuar convenientemente las técnicas, y la destreza del práctico que las utiliza. Muchos no médicos (curanderos) o paramédicos (kinesiterapeutas) las emplean a diario con éxito... Los médicos no deben privarse de este eficaz arsenal terapéutico que completa y afina el diagnóstico, hace que el paciente que sufre confíe, y permite una mejor relación médico-paciente. "Todo el mundo sabe ver, pero pocos saben tocar" (Machiavel).

Distintas Posiciones

Prevalece el confort y la mejor posición será aquella en la que el paciente no sufre (o sufre lo mínimo).

El decúbito prono permite una buena relajación muscular paravertebral y glútea, ofreciendo un amplio abordaje para el masaje y los estiramientos.

El decúbito lateral presenta las mismas ventajas para eliminar contracturas y las mejores posibilidades para la movilización simultánea y las contracciones resistidas. Puede necesitarse colocar un cojín entre las rodillas. Es la mejor posición para utilizar durante el embarazo.

En decúbito supino es posible en ciertas condiciones aunar masaje y movilización.

La sedestación ofrece un buen abordaje del raquis y permite usar técnicas de estiramiento paravertebral lumbar, contracciones resistidas, y masajes locales. Tiene como inconveniente que es fatigosa, es decir intolerable en las lumbalgias agudas, y no permite una relajación completa de la musculatura paravertebral (Fig. 2).



El Masaje

Elemento de privilegio en la relación con el paciente, no presenta límites a su uso salvo los del mismo terapeuta, que no debe conformarse con unas cuantas maniobras estereotipadas aplicadas en un orden inmutable. El masaje solo puede ser manual. « Sólo la mano debe ser considerada como el verdadero órgano del tocar » (B. Dolto). La práctica cotidiana de estas técnicas muestra que los efectos son constantes (efecto sedativo de las maniobras superficiales, efecto decontracturante en las maniobras sobre la musculatura) a poco que se adapten convenientemente.

Los amasamientos superficiales tienen como finalidad la liberación de las adherencias entre la piel y los planos subcutáneos, además de la desorganización de los infiltrados celulálgicos. Las maniobras han de ser progresivas y no traumáticas.



Fig. 3

Usamos técnicas de amasado, plicatura, pinzado-rodado, aplicadas lentamente en toda la superficie de la zona infiltrada. Como efecto se obtiene un despegamiento lento del revestimiento cutáneo y una movilización de las dos hojas del pliegue constituido, en sentido longitudinal y transversal. Hay que usar una presa ancha para evitar las equimosis (Fig. 3). De esta forma se consigue la liberación y la flexibilización de manera progresiva y sin reacción dolorosa.



Fig. 4

En la línea de las espinosas, el palpado-rodado, asociado a tracciones verticales (generalmente acompañadas de un pequeño ruido de « clac ») hacen disminuir los dolores locales, flexibilizan la región, y provocan una muy agradable reacción de calor local. Tras estas maniobras la piel vuelve a ser ligera e indolora.



Fig. 5

El masaje transverso profundo (MTP) tiene un efecto seguro efecto antiálgico en los dolores relacionados con un sufrimiento ligamentoso o téndino-perióstico. Esta técnica descrita por J. Cyriax se empleará en un ligamento interespinoso doloroso en sus caras laterales y su borde posterior, en las inserciones tendino-periósticas del Glúteo Medio, y en las del Piramidal de la pelvis, o en las inserciones sacras del glúteo Mayor (Fig. 4).

Las Maniobras de relajación muscular se efectúan en los músculos contracturados paravertebrales y glúteos. Tras la preparación local con maniobras sedantes, nosotros utilizamos:

- **Presiones locales, lentas y progresivas**, con el pulpejo del dedo, el talón de la mano, o el antebrazo dependiendo del músculo que se trate, mantenidas durante unos 10 segundos (Fig. 5).



Fig. 6

- **La técnica llamada "décordage"** aplicada en la musculatura paravertebral. Consiste en estirar la masa muscular hacia el exterior con el pulpejo del dedo, inicialmente colocado entre la línea de las espinosas y la masa muscular. El pulgar empuja lentamente hacia el exterior hasta que resbala, esto provoca la relajación del músculo. Es posible variar la tensión de los músculos modificando la posición del tronco ^(Fig. 6).
- **Amasamientos lentos**, apoyados progresivamente, con una presa y una superficie de contacto lo más amplias posible. Las reacciones del paciente guiarán la progresión del trabajo. Frecuentemente el espesor del revestimiento adiposo impone una presa digital muy profunda además de presionar con fuerza, algo irrealizable en las primeras sesiones. El uso prudente del puño o del codo permitirá acceder a los músculos pelvitrocantéreos profundos (sobre todo el piramidal).
- **La técnica de fricción-estiramiento transversal** de los músculos profundos de la fosa ilíaca externa (piramidal, obturadores, y bíceps) contra la cara posterior del cuello femoral. Paciente en decúbito prono con la rodilla flexionada a 90°, el pie en la axila del terapeuta. Esta posición permite los movimientos de rotación del fémur y la rotación interna progresiva que aumentará la tensión de estos músculos. Nosotros le pedimos al paciente que haga breves contracciones isométricas durante las diferentes fases, seguidas de una relajación brusca; esto aumenta el efecto relajante de estas maniobras ^(Fig. 7).



Estiramientos Musculares Longitudinales

En decúbito supino realizamos una cifosis lumbar lenta y progresiva, con las rodillas flexionadas. La mano colocada en el sacro efectúa una tracción axial y estira la musculatura paravertebral ^(Fig.8).

Otra maniobra consiste en efectuar estiramiento-postura de todos los planos posteriores haciendo uso de la frecuente rigidez de los isquiotibiales. La postura se realiza con las piernas estiradas, los pies en dorsi-flexión y las rodillas en extensión. Se conserva durante 10 segundos y luego se relaja, la ganancia en amplitud es muy progresiva ^(Fig. 9).



Fig. 8



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 9

En decúbito lateral las maniobras de separación costo-ilíaca se realiza con los antebrazos y el estiramiento muscular se acentúa con un movimiento de separación simultáneo de los bordes cubitales de las manos. Aquí se trata de un estiramiento unilateral de los paravertebrales del lado opuesto al decúbito (Fig. 10).

En decúbito prono este tipo de estiramiento unilateral puede hacerse con el borde cubital de las manos o de los antebrazos (maniobra más global y más potente) (Fig. 11).

Estiramientos Musculares Transversales

La maniobra más conocida es el « rodamiento axial », con el paciente en decúbito prono. Con el talón de una o de las dos manos y con las eminencias tenares colocadas en el surco músculo-espinal opuesto, el terapeuta efectúa presiones lentas y rítmicas sobre los músculos espinales. Las manos deben sujetar las masas musculares sin deslizarlas. Estos gestos repetidos sin brusquedad comportan un rodamiento axial del cuerpo y una buena relajación muscular (Fig. 12).

En decúbito supino, el terapeuta desliza sus manos bajo la región lumbar, atrapa los músculos espinales con el pulpejo de sus cuatro dedos insinuados en el surco músculo-espinal y tira de éstos hacia él; realiza un efecto de palanca con los puños (Fig. 13).

En decúbito lateral, con la misma posición que se usa para las maniobras de separación costo-ilíaca, realizamos maniobras en “abanico”. Los apoyos son idénticos en los antebrazos, y los dedos en garra ejercen una tracción vertical sobre la masa muscular paravertebral (Fig. 14).

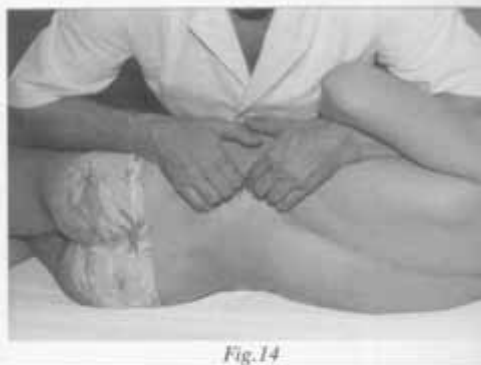
El cuadrado lumbar, cobertura muscular en la que es frecuente la contractura unilateral en los lumbagos agudos, a veces es el origen de una actitud antiálgica característica unilateral, sólo durante la bipedestación. Para estirarlo el paciente se instala en decúbito lateral del lado opuesto al afectado, con un cojín bajo el flanco para aumentar la abertura ilio-costal. Los muslos y las rodillas se flexionan en ángulo recto, con las piernas por fuera de la camilla; por su propio peso o con apoyo manual provocan la basculación de la pelvis acentuando la abertura del flanco y el estiramiento del músculo. Se pueden solicitar del paciente algunas contracciones-relajación activas para aumentar el efecto decontracturante (Fig. 15).

En los músculos glúteos la presencia o persistencia de contracturas musculares es el origen de dolores que acompañan o forman parte de la lumbalgia aguda. Los músculos afectados más a menudo son: el glúteo medio, el tensor de la fascia lata, y los pelvi-trocantéreos.

El estiramiento del glúteo medio se trabaja mejor con el paciente el decúbito lateral instalado en el borde de la camilla. El miembro situado debajo se dobla, ya el paciente sujeta su rodilla. El terapeuta estabiliza la pelvis con una mano mientras que imprime un lento movimiento de aducción del miembro inferior extendido con la otra. Pueden mantenerse algunas posturas o solicitar del paciente ejercicios de contracción-relajación que aumentaran el efecto decontracturante (Fig. 16).

Los pelvi-trocantéreos (su trabajo es fundamental en el ajuste antero-posterior de la pelvis) se estiran utilizando su componente rotatorio sobre el fémur. Paciente en decúbito prono, pierna flexionada a 90°, el médico imprime al muslo un progresivo movimiento de rotación interna, lo que estirará a estos músculos. Los ejercicios de contracción-relajación o los posturales, aumentarán el efecto mio-relajante de esta técnica (Fig. 17).

El estiramiento del tensor de la fascia lata se realiza con el muslo en extensión-adducción-rotación externa, el paciente en decúbito prono. El médico se instala en el lado opuesto al músculo a estirar, sostiene el miembro inferior con una mano y sujeta la pelvis con la otra. La posición se mantiene durante 6 segundos y la maniobra se repite de 5 a 6 veces (Fig. 18).



Movilizaciones

Se realizan durante la sesión en los sentidos libres y no dolorosos, van adquiriendo más importancia a medida que mejora el estado del paciente. Las reacciones del paciente guiarán constantemente al médico en la aplicación de las técnicas.

Las posturas más usadas son el decúbito supino (movilización en cifosis), el decúbito lateral (rotación-tracción), y la sedestación (movilización en rotación o en inclinación lateral).

En la Práctica

Generalmente son suficientes tres o cuatro sesiones para calmar el dolor y restaurar la movilidad completa. En realidad estas maniobras forman un protocolo continuo a desarrollar durante la sesión guiadas por la ausencia de dolor al efectuarlas. Se han descrito por separado para una mayor claridad en la exposición.

Las contracciones isométricas breves se introducen progresivamente durante los estiramientos musculares. Interesan doblemente al facilitar la relajación y despertar el sentido kinestésico.

Al finalizar el tratamiento el paciente debe ser confiado al kinesiterapeuta que iniciará una reeducación personalizada para evitar las recidivas.

En el tratamiento de una lumbalgia aguda, entre todas las técnicas antiálgicas, las técnicas manuales sedantes son las más rápidamente eficaces.

Los médicos que tratan esta patología no deben privarse del empleo de estas técnicas.

Masajes, estiramientos musculares, y movilizaciones articulares, no tienen verdadero interés ni una eficacia real si no se adaptan constantemente a las reacciones del paciente; sea cual sea la técnica que se emplee.

Este tipo de tratamiento tiene la gran ventaja de que acorta el periodo de inmovilización y permite que el paciente retome más eficaz y rápidamente sus actividades, devolviéndole la función kinestésica de su raquis.

Se le puede considerar como un verdadero reposo activo que prepara la reeducación.