

Lumbalgia por «blindaje» celulálgico lumbar

R. Maigne

Traducción F. Colell (GBMOIM)



La forma de lumbalgia que describimos aquí no es muy frecuente, pero tampoco es excepcional.

En dos años hemos podido constatar unos treinta casos.

Su interés proviene de su carácter rebelde a los tratamientos habituales y de la eficacia al aplicar la terapia apropiada.

El diagnóstico es puramente clínico, basado en el examen por palpación de los planos cutáneos lumbares.

1) El dolor

El dolor no tiene características particulares diferenciables. Es diario, tenaz, aumenta con el esfuerzo, y con algunas posturas. La sedestación, a menudo, se tolera mal. El reposo alivia poco. El paciente se encuentra mejor tras un «desenrollamiento» progresivo de los lomos.

En la mayoría de los pacientes existe un historial de lumbalgia aguda o de ciática. A veces se trata de pacientes que han sido operados con éxito de una ciática discal. Se instala en ellos un lumbago crónico que no alivia ni con infiltraciones, ni antiinflamatorios, ni por la fisioterapia, ésta última a menudo los irrita; toleran mal los corsés.

Pero en algunos pacientes parece que no haya habido nunca un episodio de dolor lumbar, y la lumbalgia parece haberse producido de golpe, tal cual, con agravación progresiva, y a menudo con afectación psíquica.

El fracaso de las terapias, la negatividad de las exploraciones complementarias parecen su característica esencial.

Esta lumbalgia penosa y tenaz, raramente es invalidante. El sujeto casi siempre consigue adaptarse a su trabajo y actividades. Pero las limita a lo esencial, y se queja.

II) Examen

Cuando se solicita al paciente que se incline hacia delante, se aprecia la limitación de este movimiento que se acompaña de una rigidez lumbar baja. En ciertos casos, esta flexión anterior se efectúa en lordosis fija. Por el contrario, no existe desviación lateral.

Bastante a menudo existe un signo de Lasègue lumbar: la exploración del signo de Lasègue provoca dolor lumbar en cada lado.

El signo característico depende de la palpación de los planos cutáneos lumbares con el paciente tumbado boca abajo, con la musculatura relajada. Se hace imposible coger un pliegue de la piel entre el pulgar y el índice, y mucho menos un « pinzado rodado ». Incluso con las manos planas y los dedos en oposición, es imposible provocar un atisbo de pliegue en la piel. Los planos cutáneos y subcutáneos están tensos, infiltrados, realizando un auténtico blindaje medio y simétrico. Éste es más o menos extenso, a veces solo ocupa la región lumbar baja desde L3 al Sacro en una extensión a penas más ancha que la palma de la mano; por el contrario puede extenderse a toda la región lumbar. La zona interna (medial) es la más infiltrada, en ella los planos superficiales están más adheridos a los planos profundos. En la periferia se pasa muy rápidamente de una zona infiltrada a una zona normal en la que el pliegue de piel es fácilmente desplegable y todos los planos subcutáneos son ligeros e indoloros. La presión con el pulpejo de los dedos en cualquier sitio de la zona infiltrada es dolorosa. Si ello no se tiene en cuenta, puede ocasionar errores durante el examen segmentario. La presión axial de las espinosas es dolorosa en todos los segmentos lumbares porque esta maniobra comprime el tejido infiltrado doloroso contra la espinosa. Sucede lo mismo con la maniobra de presión lateral de la espinosa y con la búsqueda de un dolor articular posterior.

Durante el examen dinámico de flexión anterior se tiene la impresión de es la falta de extensibilidad de los planos cutáneos infiltrados la que limita el movimiento e impide que las espinosas se abran en abanico, provocando la rigidez del raquis lumbar e incluso, a veces, fijándolo en lordosis durante la flexión del tronco.

III) Radiografías

Las radiografías no aportan nada característico. Estos sujetos presentan con frecuencia imágenes de discopatía degenerativa, otras veces signos de artrosis articular posterior, y también radiografías normales.

Lo que es sorprendente es la larga y tenaz evolución de esta lumbalgia. Uno de nuestros pacientes de 35 años de edad, las sufría desde la adolescencia. En nuestras observaciones es frecuente encontrar evoluciones de 8 a 10 años. Pero también nos sucede con algunos sujetos en los que constatamos este «blindaje» doloroso a la palpación sistemática, que ellos solo se quejan de una molestia lumbar moderada.

IV) Diagnóstico diferencial

Hay que diferenciar este «blindaje» del infiltrado celulálgico que hemos descrito en la «lumbalgia de origen dorsolumbar». En ésta última, es unilateral, no alcanza la línea media; se sitúa en la parte inferior de los lomos y la superior del glúteo. Excepcionalmente puede situarse en la región subcostal si se trata de los segmentos D7 o D8 que están afectados en lugar de los dorsolumbares, que es lo más habitual. Pero sobretodo, en estos casos, es el pliegue cutáneo lo que los diferencia, ya que puede cogerse fácilmente entre el pulgar y el índice; incluso si la piel está espesada, retorcida, el despegamiento de los planos profundos es posible; lo que no sucede nunca en los casos de lumbalgia por «blindaje celulálgico».

V) Terreno

El terreno parece tener importancia, en más de la mitad de estos pacientes. Se trata de sujetos emotivos, ansiosos o depresivos que presentan un estado de distonía neurovegetativa. Pero los tratamientos con psicotropos que han seguido eventualmente, no han tenido mucha influencia en la lumbalgia.

VI) Patogenia

Parece tratarse de una reacción neurotrófica regional y simétrica de los tejidos blandos lumbares, los músculos no parecen ser afectados. Pero no hemos podido determinar cuál es el desencadenante de este proceso. Quizás inicialmente exista una causa mecánica (¿discal?). Encontramos en la mayoría de los pacientes un elemento mecánico o micromecánico del que responsabilizan a su lumbalgia (esfuerzo, mala postura, falso movimiento). Pero se hace difícil decir si el incidente que alegan ha sido el punto de partida o simplemente la primera ocasión en la que se han apercibido del dolor. En todo caso, las infiltraciones epidurales, al igual que las de las articulares posteriores, no aportan un alivio apreciable.

Las maniobras de movilización y las manipulaciones lumbares chocan (salvo la extensión) contra una resistencia, y no aportan modificaciones valorables al estado del sujeto.

VII) Tratamiento

El tratamiento apropiado, siempre ofrecerá una notable mejoría e incluso, a menudo, una desaparición de la lumbalgia. Se hace en tres etapas:

a) La primera consiste en infiltrar en sábana la región afectada con procaína al 1% para efectuar seguidamente movilizaciones progresivas desde los planos superficiales a los profundos. Es muy difícil al principio, pero poco a poco se hace posible. La región central es la más recalcitrante. Al principio las maniobras se limitan a la simple oposición de los dedos que se esfuerzan en provocar un pliegue de la piel, después la maniobra del « pinzado rodado » que lentamente se hace factible. Se pueden utilizar todas las técnicas de « plisado », de amasamiento, de movilización de los planos cutáneos. Al iniciar las sesiones, los planos cutáneos comienzan a poder ser despegados, poco a poco, se desinfiltran, se suavizan. Al mismo tiempo el paciente se inclina con más facilidad hacia adelante; en esta posición la lordosis fija se atenúa, y empieza a aparecer progresivamente la cifosis normal. En este momento, los dolores habituales están muy atenuados, y la molestia en la vida normal, ha desaparecido.

b) Es el momento para efectuar movilizaciones lumbares y eventualmente manipulaciones anti-rigidez de las zonas dorsolumbares, dorsales, y posteriormente lumbares.

c) La reeducación con atención particular al estiramiento de los planos posteriores completará el tratamiento.

A veces sucede que, una vez desaparecido el blindaje celulálgico cuando los planos cutáneos y subcutáneos se han suavizado, con facilidad a su movilización, e indoloros al «pinzado rodado», el sujeto aunque muy mejorado, sufre aún en determinadas condiciones; sobretodo a los esfuerzos. Se descubre entonces una causa articular posterior o discal que el tratamiento con infiltración, manipulación y reeducación podrá mejorar. A pesar de que estos tratamientos eran ineficaces antes del tratamiento de los planos cutáneos.