

Reeducación de la lumbalgia común

Jean-Yves Maigne

Traducción: F. Colell (GBMOIM)

La «Reeducación» es el tratamiento más prescrito en las lumbalgias comunes. Este término genérico engloba técnicas muy diferentes, unas con fines analgésicos, otras con fines preventivos.

I. ¿En qué elementos puede actuar la reeducación?

La sedación del dolor

1) Fisioterapia

La fisioterapia analgésica se puede practicar con numerosas modalidades. Algunas procuran un alivio innegable, pero de corta duración (por ejemplo: el calor, el frío, los ultrasonidos, el masaje, la kinebalnoterapia), otras no tienen demostrada su actividad (láser, ionizaciones...). En lo que concierne a las ondas cortas, han demostrado cierta utilidad cuando se utilizan en forma pulsante (campo magnético) en las cervicalgias. Desgraciadamente los kinesiterapeutas, en general, no disponen del material adecuado, y su formación en electroterapia puede ser mediocre.

2) Posturas antiálgicas

A veces, el paciente víctima de un dolor agudo las descubre por sí mismo. En los que las ignoran es bueno enseñárselas. Estas técnicas de autosedación tienen la ventaja de su nulo coste y de la posibilidad de repetir las tantas veces como sea necesario.

a) Las posturas simples.

- Tumbarse en posición fetal
- Tumbarse en decúbito supino sobre un plano duro
- Bipedestación en hiperlordosis acentuada (posición eficaz cuando la flexión lumbar es dolorosa)
- Cambiar de posición: levantarse y caminar, desperezarse, bascular la pelvis adelante y atrás

b) Las posturas como método de reeducación

La práctica de posturas repetidas en la posición opuesta a la que desencadena el dolor es conocida como método McKenzie. Se estudia más adelante.

Refuerzo de la musculatura del tronco

Muscular el tronco es uno de los objetivos más conocidos de la reeducación. Es habitual pensar que los músculos débiles favorecen la aparición del dolor. No obstante, esto no está demostrado. Por el contrario está bien establecido que existe en el lumbálgico un déficit de la musculatura del tronco (especialmente de los extensores), de la que no se sabe si es causa o consecuencia del dolor.

1) Diferentes tipos de musculación

La musculación puede hacerse de forma isométrica, isotónica o isocinética.

-La musculación isométrica:

Los músculos se contraen sin movilizar el segmento vertebral correspondiente. La ausencia de movimiento evita, en teoría, dañar la columna. La musculación isométrica durante unas pocas sesiones tiene poco efecto. Es porque la función del kinesiterapeuta estriba en mostrar los movimientos que hay que efectuar para que el paciente los repita diariamente durante diez minutos por lo menos; y el cumplimiento de este tipo de tratamiento es mínimo por parte del paciente.

-La musculación isotónica:

Aquí la fuerza desarrollada por los músculos es constante durante el movimiento. La musculación isotónica se practica mejor en salas equipadas con aparatos de musculación.

-La musculación isocinética:

Por medio de la velocidad de contracción constante. La isocinesia precisa de una máquina de musculación en la que la resistencia al movimiento esté en función directa de la fuerza de contracción del sujeto. Con esfuerzo moderado, responderá con una resistencia moderada; con esfuerzo mayor, responderá con resistencia más elevada. La resistencia se autoadapta al paciente. En los dos casos la velocidad de desplazamiento será la misma. El esfuerzo puede dosificarse muy afinado y adaptado al paciente. El conjunto está unido a un ordenador que permite establecer curvas sucesivas en las que la comparación permite apreciar la calidad del refuerzo muscular. Estos aparatos, particularmente costosos son indispensables en algunos centros de reeducación especializados.

2) Refuerzo de los abdominales: bases fisiológicas.

La contracción de los abdominales, ayuda a los esfuerzos de levantamiento, desvía una parte de las fuerzas de compresión sufridas por el raquis (discos) hacia las vísceras. Es el principio de la viga compuesta, el tronco constituido por la columna y las vísceras incompresibles cuando los abdominales están en contracción. Entonces pueden transmitir una parte de las fuerzas y aliviar al raquis. Por otra parte, el refuerzo abdominal además de aliviar a los espinales, comporta (en teoría) a una ligera modificación de la postura. Es el concepto de la reeducación en cifosis (ver más abajo).

En fin, existe una verdadera fobia con la lordosis (que no está justificada) entre el público médico y el no médico (tengo dolor de espalda porque estoy demasiado torcido...).

3) Refuerzo de los espinales: bases fisiológicas

El descubrimiento de una pérdida de fuerza de los extensores del dorso más importante que la de los abdominales en el lumbálgico crónico es una noción reciente pero confirmada. De ahí la idea de muscularlos.

Adquisición de un mejor control de los movimientos lumbo-pélvicos.

La motricidad lumbo-pélvica es de tipo automático. El control piramidal es débil. La mayoría de los movimientos de la pelvis (de la charnela lumbosacra) son movimientos reflejos, quizás nocivos para los últimos discos.

La reeducación propioceptiva tiene como fin hacer tomar consciencia al paciente de su postura lumbopélvica y entrenarlo en la mejora de esta percepción con la corrección de pequeños desequilibrios inducidos.

Aprendizaje de nociones de ergonomía vertebral

La buena posición para el levantamiento de cargas pesadas es el ejemplo más característico de lo que hay que hacer (doblar las rodillas con el tronco recto). En cada situación de la vida cotidiana que estresa la charnela lumbosacra corresponde una solución gestual económica para la columna: levantarse de la cama, pasar el aspirador, hacer la cama, etc.

No es necesario subrayar el interés de las demostraciones prácticas, como se hace en las escuelas de la espalda (para la vida doméstica) o en el lugar del trabajo (adaptación del puesto de trabajo).

II. Diferentes protocolos de reeducación vertebral

El bloqueo lumbar según Troisier

El bloqueo lumbar descrito por Troisier, es el método de reeducación más utilizado en Francia. Está justificado por la nocividad de las posturas extremas de la espalda y la necesidad de evitarlas. La bipedestación prolongada se acompaña de extensión lumbar; la sedestación de cifosis; estar tumbado de lado de una lateroflexión; que pueden ser mal toleradas. Troisier considera que la charnela lumbosacra debe inmovilizarse el máximo posible en los gestos de la vida cotidiana, debiendo usar sobretodo las caderas y los hombros.

El objetivo general es obtener del paciente la inmovilización de su raquis lumbosacro en posición neutra (ni en flexión ni en extensión) en todas las circunstancias, lo que conlleva teóricamente la disminución de los esfuerzos articulares en L4-L5 y L5-S1. El bloqueo lumbar consiste pues en obtener del sujeto que se comporte como si llevara un corsé rígido, reemplazando éste con su propia musculatura.

Primeramente el paciente debe tomar conciencia de la posición neutra, después ser capaz de mantenerla en posición estática con la contracción abdominal y de los espinales. Para posteriormente hacerlo en dinámica (durante el levantamiento de pesos, de la cama, de un asiento, en las rotaciones del tronco...). Si se "rigidiza" el tronco, hay que flexibilizar las caderas y las rodillas (luchando contra la retracción de los isquiotibiales o de los cuádriceps) y fortalecer los músculos de los muslos.

Reeducación en cifosis según Williams

La reeducación en cifosis es uno de los protocolos más antiguos descritos (1955). Su promotor pensaba aliviar muchas lumbo-ciatalgias por lesiones discales disminuyendo la lordosis lumbar. De esta manera obtenía una apertura del foramen y una descompresión de la parte posterior del disco, supuestamente beneficiosas.

Este fin se obtenía teóricamente musculando los abdominales y aflojando los espinales y el psoas con masaje y estiramientos, lo que provocaba una retroversión de la pelvis. Actualmente son sobretodo los pacientes con canal lumbar estrecho los que dependen de este método.

Reeducación en lordosis según Cyriax

Cyriax pensaba que aumentando la lordosis lumbar, se bloqueaba la parte posterior del disco lo que impedía la expulsión de material hacia atrás. De alguna manera era la teoría de Williams a la inversa.

Los medios preconizados eran de la misma naturaleza, solo que invertidos: refuerzo de los espinales, estiramiento de abdominales y anteversión pélvica. Esta técnica a tenido un renacido interés tras los trabajos de McKenzie (ver más abajo). Se utiliza como tratamiento de la lumbalgia crónica en los países nórdicos.

Reeducación según McKenzie

Robin McKenzie es un fisioterapeuta (=kinesiterapeuta) neocelandés que a puesto a punto una técnica de reeducación de las lumbalgias discales.

Para McKenzie, el estudio cuidadoso de los movimientos lumbares repetidos en toda su amplitud: en flexión, extensión, lateroflexión; en diferentes posiciones (de pie, sentado, acostado) permite advertir los que alivian, agravan, y los que no tienen efecto en el dolor. Cuando se trata de una lumbociática, se hace según un esquema predeterminado; el dolor desaparece primero de la pantorrilla, luego del muslo, para persistir solo en la espalda. Decimos que el dolor se centraliza. En el caso contrario, si el dolor es glúteo y un movimiento de flexión repetida lo hace descender al muslo o a la pierna, se dice que se hace periférico.

La finalidad del tratamiento es encontrar el, los, o la combinación de movimientos que centralizan el dolor, y solicitar del paciente que mantenga la postura durante algunos minutos de cuatro a diez veces al día. Frecuentemente se trata de posturas en hiperextensión lumbar máxima, pero pueden ser de flexión o lateralización.

Este método, muy conocido en el mundo anglosajón, ha sido uno de los elementos motores de la renovación de la reeducación en lordosis.

Readaptación al esfuerzo según Mayer

La lumbalgia crónica rebelde es de todas las formas de dolor de espalda la que cuesta más a la colectividad. Tom Mayer considera que estos pacientes no están adaptados a su medio de vida y que esta inadaptación no hace más que reforzar el problema. La desadaptación no se debe abordar solo en términos de fuerza muscular (existe efectivamente una pérdida de fuerza de los extensores, más que de los flexores) ya que también es cardiovascular (ahogo anormal al esfuerzo) y psicológico (el paciente se reafirma en sí mismo y se vuelve depresivo).

Mayer propone un programa atlético para readaptarlo e inculcar un espíritu deportivo positivo, opuesto al cuidado pasivo. Se trata de una musculación intensiva basada en el movimiento, en la que la filosofía es radicalmente opuesta a la de la reeducación isométrica. Esta musculación se hace en un centro especializado (isocinetismo) de tres a cinco semanas con seguimiento de las ganancias. Los ejercicios iniciales son de intensidad moderada, aumentando progresivamente la dificultad.

Las escuelas de columna

Las escuelas de espalda no son propiamente reeducación, pero sí la enseñanza simple de la columna vertebral y la manera de usarla. Esta enseñanza se hace con pequeños grupos de 5 a 10 pacientes en promedio. El aprendizaje de los gestos correctos por medio de "trabajos prácticos » es el elemento más interesante de estas escuelas.

III) ¿Qué reeducación prescribir?

Lo ideal es prescribir la reeducación al final de la crisis. Cuando se trata de una primera crisis de lumbalgia, si ha sido de corta duración (menos de dos meses), la reeducación es inútil. Para las demás formas, prolongadas o de repetición, el aprendizaje del bloqueo lumbar es el método en el que los kinesiterapeutas están mejor formados en Francia. Lo habitual es el bloqueo en posición neutra pero a veces se puede prescribir un bloqueo en ligera cifosis o lordosis, en función de lo que alivia o agrava al paciente.

Quince sesiones son suficientes, veinte como máximo. Un intervalo de un año por lo menos parece necesario entre dos prescripciones en caso de recaída. Efectivamente, la repetición de sesiones en intervalos breves es inútil.

La reeducación en cifosis solo es indispensable en los pacientes que sufren de canal estrecho. La reeducación según McKenzie no se practica en Francia, faltan prácticos formados en ella. La reeducación con readaptación al esfuerzo parece que ahora se está desarrollando, no está disponible más que en algunos centros.

Masso-kinésiterapia en la lumbalgias comunes

Los métodos de masso-kinesiterapia llamados de efecto analgésico directo son los más a menudo percibidos por el paciente como sedantes, sobretudo el masaje y calentamiento local. No existe, no obstante, ninguna prueba de su eficacia duradera en el tratamiento de la lumbalgia crónica.

Los cuidados de masso-kinesiterapia (...) buscan mejorar la gestión del dolor y disminuir la afectación funcional (...), y su repercusión en los actos de la vida corriente, se trate de actividades cotidianas ordinarias, profesionales, de ocio, o deportivas.

Escoger el método de reeducación depende de los datos de la evaluación médica y de la valoración paramédica.

Una noción importante es la posición lumbopélvica que normalmente agrava o alivia la lumbalgia. Así:

- Las técnicas de estiramiento para los músculos insuficientemente extensibles;
- La cifosis cuando la lumbalgia se alivia con la flexión y se agrava con la extensión;
- La lordosis en caso contrario.

No hay suficientes pruebas para recomendar un tratamiento de masso-kinesiterapia en la lumbalgia aguda.

No hay que recomendar un programa de escuela de espalda en la lumbalgia aguda.

Hay suficientes pruebas para recomendar la prescripción de masso-kinesiterapia en la lumbalgia crónica.

Quince sesiones son suficientes para juzgar el resultado de la masso-kinesiterapia. El programa inicial debe ser seguido con una auto-reeducación. La prescripción de series cortas de sesiones en los meses o los años siguientes puede estar justificada.

No existen suficientes pruebas, en espera de nuevas evaluaciones, para generalizar el principio de las escuelas de espalda en el tratamiento de la lumbalgia crónica.