

CIÁTICA

Es el dolor que se localiza a nivel del trayecto del nervio ciático; esta definición sencilla y que todo el mundo conoce ha producido y produce muchas confusiones. Es el segundo síntoma de importancia después de la lumbalgia.

Antes de iniciar su estudio nos tenemos que poner de acuerdo a que llamamos ciática. Si pensamos un poco, observaremos que existen tres posibilidades. Dolor que se inicia en la columna lumbar y se irradia hasta el glúteo y que puede alcanzar la zona más proximal de la cara posterior del muslo. Dolor que comienza en la columna lumbar y que llega por la cara posterior del muslo hasta la zona proximal de la rodilla. Por último, el dolor que se origina en la columna lumbar, que sobrepasa la rodilla y finaliza al nivel de los gemelos, tobillo o pie. Los tres tipos de dolor son ciáticas (dolor a nivel del trayecto del nervio ciático), aunque su valor fisiopatológico es muy diferente. Parece existir un acuerdo tácito en llamar únicamente ciática a la radiculopatía que alcanza la pierna y, por tanto, sobrepasa la rodilla. Creemos que esto es un error, como observaremos a lo largo de esta explicación; es, por ello, conveniente, al hablar de la ciática, que se indique hasta donde se produce la irradiación del dolor, y de esta manera se evitarán equívocos. Al actuar de esta forma estaremos explicando de forma precisa la posible etiología del dolor ciático.

En consecuencia, llamamos ciática a todo dolor que presenta una irradiación que sigue el trayecto del nervio ciático, independientemente del punto final en el cual termina.

El dolor radicular es lacerante, punzante, urente y agudo. Además de este dolor, también pueden coexistir dolor y espasmo muscular a nivel del muslo y pantorrilla. Clásicamente se afirma que el dolor ciático mejora con el reposo, pero este hecho depende fundamentalmente del factor etiológico que está produciendo la compresión, como observaremos a lo largo de nuestra explicación.

Desde que Mixter y Barr, describieron la hernia de disco, la ciática se ha asociado siempre a esta etiología. En el momento actual, conocemos que no todas las ciáticas tienen este mecanismo, sino que pueden existir otras causas. Hay que afirmar que el concepto de ciática igual a hernia discal es falso. Si tenemos conciencia de esta premisa, evitaremos muchos errores que han sido cometidos y que por desgracia se siguen cometiendo. La ciática es únicamente un síntoma que nos está informando de la posible anatomía patológica que sufre el paciente. Es, por

tanto, un signo que debe ser estudiado, con tanto cuidado como otros, a los cuales se les ha dado más importancia habitualmente, como pueden ser las alteraciones de la sensibilidad o de los reflejos. No todos los dolores ciáticos son iguales y, en consecuencia, nos está indicando la posible fisiopatología que padece el enfermo.

Dolor ciático producido por una hernia de disco

Presenta unas características que la diferencian del resto. Es típicamente radicular y presenta una irradiación que progresa a lo largo de un dermatomo específico. Su carácter es agudo e intenso, produciendo una sensación que el enfermo suele asociar a una quemadura o corriente eléctrica. Suele ir asociado a otras sensaciones, como debilidad muscular, parestesias y/o adormecimiento, las cuales también presentan un carácter dermatómico (Fig 1).

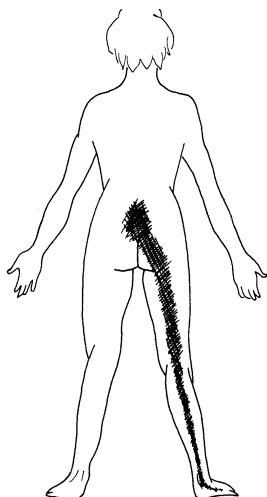


Fig 1.- Dolor ciático por hernia discal

Desde hace años se está especulando con el mecanismo fisiopatológico del dolor ciático y de las sensaciones de parestesias. El origen del dolor radicular, como todo el mundo conoce, no son los nervios sensitivos periféricos, sino de los nervios espinales mixtos que se forman de las raíces dorsales y ventrales. Los procesos que disminuyen el aporte sanguíneo al nervio espinal mixto producen dolor radicular. Las grandes fibras mecanorreceptoras, por su gran diámetro, tienen una mayor actividad metabólica y son más sensibles a las variaciones del flujo sanguíneo. Esto conlleva una pérdida de los impulsos inhibidores del dolor y permite la aferencia nociceptiva preferentemente al asta posterior. Otro mecanismo de producción de dolor es la irritación química inflamatoria. La tracción sobre una raíz nerviosa normal no inflamada no

produce dolor. Sin embargo, la mínima tensión sobre una raíz inflamada se asocia con dolor radicular (Borenstein y Wiesel). Smyth y Wright, fueron los primeros que indicaron que una raíz nerviosa no patológica, sometida a un proceso de compresión, respondía en forma de una parestesia, mientras que si producía un proceso inflamatorio previo, la respuesta era un dolor de tipo de ciática. Esta idea fue posteriormente confirmada por Macnab.

En la actualidad, este concepto no parece ser tan sencillo. Si observamos lo que ocurre en un paciente tratado por medio de la quimionucleolisis, vemos que el dolor ciático le desaparece casi instantáneamente después de la inyección del compuesto de papaya. Este hecho nos hace reflexionar, ya que la inflamación en muchos de estos enfermos es crónica y no puede desaparecer en unos minutos, según los conceptos de fisiopatología que se tienen en la actualidad. Se ha expuesto, según comentábamos en el capítulo de la fisiopatología, la posible existencia de un proceso autoinmune que sería el responsable del dolor ciático. Esta explicación no deja de ser en el momento actual nada más que una idea teórica sin demostración práctica.

El comienzo del dolor a nivel del muslo y pierna puede presentar un carácter insidioso o extremadamente agudo.

La forma más frecuente de aparición del dolor ciático es insidiosa o progresiva, estando precedida durante años de lumbalgias de repetición. Spangfort, analizó 2.504 operados de hernia de disco, demostrando que en todos ellos la lumbalgia había precedido a la intervención quirúrgica en un promedio de 5.6 años. Weber, a su vez, demostró que el 90 % de los enfermos que revisó tenían episodios de lumbalgia que se acercaban a los diez años antes que se desarrollara el cuadro ciatálgico.

La forma aguda o brusca de comienzo puede estar precedida de una lumbalgia aguda que en un momento desaparece parcialmente para dar lugar a un cuadro ciatálgico. Por último, existe algunos enfermos, los cuales son una minoría, que aprecian una sensación de "estallido" o "rotura" dentro de su columna, presentando a continuación una ciática intensa.

Se puede concluir afirmando que la ciática en la mayoría de los enfermos es un cuadro clínico progresivo, siendo muy pocos los que presentan un comienzo agudo.

En el caso de que el cuadro doloroso sea intenso, van a tener lugar otros síntomas asociados. Hay un espasmo muscular que, como explicábamos en la lumbalgia, actúa a modo de férula, pero que a la vez hace que el enfermo adopte una postura relajante o descompresiva para

la raíz que se encuentra comprimida. Si la hernia discal es lateral, el paciente mantiene una posición de flexión lateral, que es habitualmente hacia el lado opuesto o sano, mientras que los que padecen una hernia central o axilar se inclinarán hacia el lado ipsilateral de la lesión.

El dolor ciático aumenta normalmente con aquellas maniobras que producen un incremento de la presión discal (la tos o el estornudo) o aquellas que aumentan la prensa abdominal (el acto de defecación o la maniobra de Valsalva). El enfermo puede llegar a restringir casi totalmente los movimientos de su columna, principalmente la flexión. En los pacientes adolescentes puede presentar una sensación de "agarrotamiento" en la región lumbar, que impide casi totalmente la movilidad. En los casos muy extremos, encontraremos a la persona acostada con una sensación subjetiva de "encontrarse paralizado". Todos estos síntomas se deben exclusivamente al dolor, ya que la persona no quiere ni mover un solo músculo, por temor a que aumente su suplicio.

El signo más importante de la ciática debida a una hernia de disco es que el dolor se irradia por debajo de la rodilla, pudiendo alcanzar, en muchas ocasiones, el tobillo y el pie. Aunque hay ocasiones en que esta distribución del dolor no se produce, como observaremos al estudiar el dolor referido.

Este cuadro clínico mejora normalmente con el reposo absoluto y la administración de antiinflamatorios.

El dolor ciático en el estrechamiento del canal lateral

Es otro de los grandes síndromes que pueden producir una ciatagia. Existen diferencias apreciables e importantes con el anterior.

Como se estudiará más adelante, se puede producir el estrechamiento del llamado canal lateral por el proceso degenerativo que sufren las diferentes estructuras anatómicas. Hay un abombamiento discal, una hipertrofia del ligamento amarillo y de las láminas, la aparición de los osteofitos y el agrandamiento de articulaciones debido al proceso artrósico.

Todos los médicos han estado realmente tranquilos y seguros al afirmar que las hernias discales cervicales eran "duras", mientras que las lumbares son "blandas". Creemos que este concepto podría cambiar, y que el estrechamiento del canal lateral se comporta fisiopatológicamente como una hernia "dura", aunque anatómicamente no exista una herniación y si una protrusión degenerativa.

La naturaleza del dolor ciático no se diferencia del anterior, irradiándose a lo largo de la extremidad inferior, alcanzando la zona gemelar. Este tipo de neuropatía tiene una explicación muy sencilla, y es que realmente existe una compresión del nervio espinal mixto (fig 2). La ciática puede ir acompañada de parestesias a lo largo del miembro, y de sensación de "pinchazos" a nivel del pie.

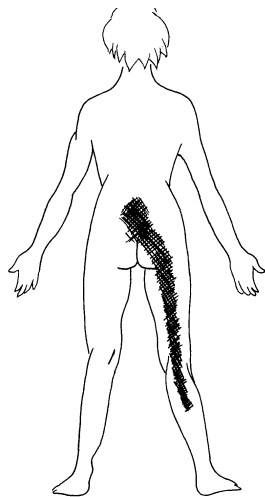


Fig 2.- Dolor ciático en el estrechamiento del canal lateral

En este momento nos debemos preguntar si se pueden distinguir ambos cuadros ciatálgicos. En el estrechamiento del canal lateral la edad del paciente es mayor, se dice que por encima de los 40 años, aunque nosotros hemos apreciado esta clínica siempre en personas que se encuentran muy próximas a los 45 años o más, aunque esto no indica que pueda ser algo más joven. Este es un primer dato. La edad del paciente nos inclina desde el primer momento en un sentido o en otro, aunque no es un hecho completamente cierto y seguro.

Como todos los médicos conocen, el dolor ciático producido por una hernia de disco mejora sensiblemente al permanecer el enfermo en decúbito (reposo absoluto), ya que en esta posición la presión intradiscal es nula, con lo cual se produce una disminución en la compresión radicular. En el estrechamiento del canal lateral no tiene lugar esta mejoría o en el caso de producirse es mínima. La explicación de este hecho es realmente sencilla, ya que las estructuras que están oprimiendo al nervio espinal mixto no se modifican al disminuir la presión intradiscal. Al mismo tiempo se puede producir un fenómeno que se podría clasificar como paradójico. El dolor puede aparecer mientras permanece acostado el enfermo, siendo, por tanto, más frecuente

por la noche y mejora automáticamente al levantarse y dar unos paseos por la habitación. Existen pacientes que cuentan que les despierta el dolor, por lo cual sienten la necesidad de levantarse, permaneciendo un rato asomados o mirando por la ventana y de esta forma les va desapareciendo el dolor paulatinamente. Este hecho incomprensible en un primer estudio superficial presenta una posible explicación. Al permanecer la persona en decúbito durante algunas horas, la columna se encuentra en hiperlordosis, lo cual produce una mayor disminución del diámetro del canal lateral aumentando la compresión radicular. Al levantarse, automáticamente se corrige la lordosis, ensanchándose el canal y disminuyendo la compresión.

En conclusión, podemos afirmar que la ciática que se produce en el estrechamiento del canal lateral, no mejora apreciablemente con el reposo y en algunos enfermos hasta llega a empeorar.

Este hecho puede que llegue a confundirnos y en una rápida apreciación pensemos que el enfermo pueda padecer un tumor o infección, sobre todo por la aparición del dolor nocturno. Idea que es desechada al comprobar que el enfermo mejora al levantarse y deambular por la habitación.

El dolor ciático de origen tumoral o infeccioso

Es realmente menos frecuente que la lumbalgia. El dolor radicular comienza cuando la invasión es lo suficientemente extensa como para producir la compresión nerviosa. En este estadio también puede llegar a engendrarse el deterioro del propio tejido nervioso por la infiltración neoplásica o infecciosa. En todos los casos la ciática es intratable, no existiendo mejoría, empeorando de forma muy rápida y espectacular.

El dolor referido lumbar

Es el síntoma que más oscurece y dificulta el diagnóstico de esta región, siendo ésta la razón que nos obliga a su estudio lo más amplio posible, para intentar clarificarlo y ordenarlo. Normalmente existe un desconocimiento de él, lo cual implica muchos diagnósticos erróneos o en el mejor de los casos no precisos. El dolor referido ha sido estudiado por casi todos los autores -McCulloh y Macnab, Rothman y Simeone, Booth, Mooney, etc... efectuando cada uno una descripción. McCulloh y Macnab han demostrado su existencia al inyectar suero salino en el ligamento supraespinoso entre las apófisis espinosas de la quinta vértebra lumbar y la primera sacra, produciéndose en estos casos un dolor ciático. Esta demostración es muy importante desde

el punto de vista clínico, ya que indica la posibilidad de que una ciatalgia se pueda desarrollar sin que exista una compresión radicular.

El dolor referido necesita su sistematización para que resulte más fácil su estudio, aunque no es una tarea sencilla ya que en muchas ocasiones es una sintomatología prácticamente individual.

El síndrome facetario con afectación en las articulaciones de la tercera, cuarta y quinta vértebras lumbares, bien siendo un proceso degenerativo uni o multiarticular, puede provocar únicamente una manifestación dolorosa a nivel de las sacroilíacas, con lo cual en un primer examen puede ser confundido con una sacroileitis de cualquier etiología (fig. 3).

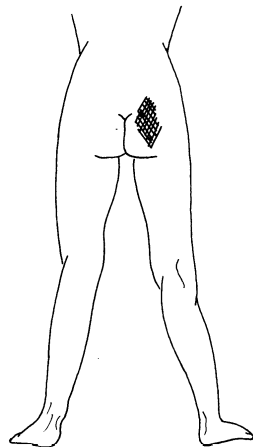


Fig 3.- Dolor referido del síndrome facetario de la tercera, cuarta y quinta vértebras lumbares.

Un cuadro fisiopatológico de inestabilidad al nivel de L4-L5 y/o L5-S1 puede, en ocasiones, producir además de una lumbalgia crónica una ciatalgia, que se confunda con una posible hernia discal. La posibilidad de que se trate de un dolor referido se efectúa principalmente por la exploración clínica, al no existir signos de compromiso radicular (fig. 4).

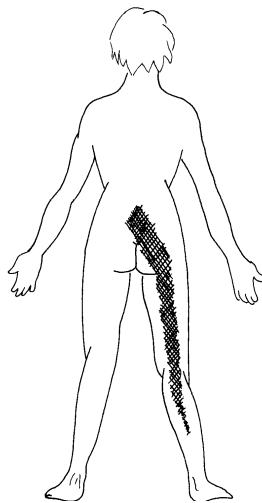


Fig 4.- Dolor referido por inestabilidad L4-L5 y/o L5-S1.

En la inestabilidad de L4-L5 es frecuente la aparición de un dolor selectivo al nivel de la espina ilíaca anterosuperior y también al nivel de la ingle. En nuestra práctica diaria, hemos observado más habitualmente el dolor inguinal, que en ocasiones se irradia al trocánter y cara externa del muslo al nivel de la fascia lata; menos frecuentemente existe un dolor testicular que ha hecho que el propio enfermo llegue a consultar a un urólogo (fig. 5).

En la inestabilidad de L5-S1 es más habitual que el dolor se irradie a la cara anterior del muslo (fig. 6).

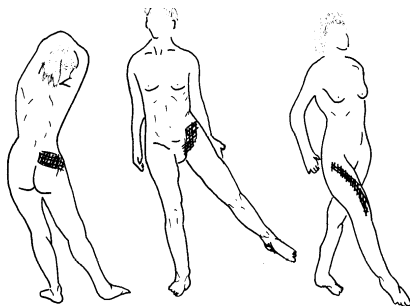


Fig 5.- Dolor referido en la inestabilidad L4-L5

La espondilolistesis degenerativa, que es el grado máximo de inestabilidad, y a la vez una forma muy interesante de estenosis central, aparece con mayor incidencia al nivel de L4-L5 seguida de L4-L3. El dolor referido es muy habitual en este cuadro clínico, observándose una frecuente irradiación a cadera y cara anterior del muslo (fig. 7).



Fig 6.- Dolor referido de la inestabilidad L5-S1.

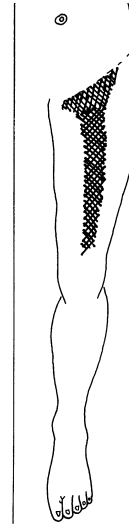


Fig 7.- Dolor referido de la inestabilidad L4-L5.

El dolor inguinal o en la cadera puede confundirse con cierta frecuencia con una necrosis aséptica de la cabeza femoral, que se encontrará en un estadio prerradiológico. El diagnóstico diferencial se llevará a cabo por la exploración clínica.

Hemos observado que en las inestabilidades de L5-S1 puede producirse una metatarsalgia de la primera cabeza, mientras que en la inestabilidad de L4-L5 y también en la espondilolistesis degenerativa a este nivel, puede aparecer la metatarsalgia al nivel de la segunda cabeza. Hemos observado enfermos que estaban siendo tratados con una plantilla de descarga y no se había estudiado su columna (fig. 8).

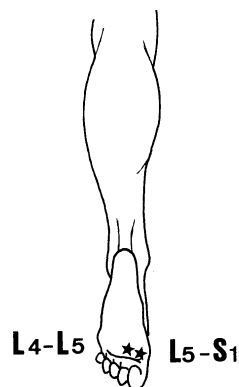


Fig 8.- Dolor referido de la inestabilidad L5-S1 y L4-L5, produciéndose una metatarsalgia.

Las diferencias entre el dolor ciático producido por una compresión nerviosa y el dolor referido no radicular han sido matizadas perfectamente por McCulloh y Macnab. Para estos dos autores el dolor referido presenta las siguientes características:

- 1) raramente el dolor sobrepasa la rodilla,
- 2) es frecuentemente bilateral.
- 3) es menos agudo o lacerante que el dolor radicular y no suele ir asociado con parestesias.

Creemos que con estas premisas pueden, en la mayoría de los casos, diferenciarse ambos tipos de ciática, aunque siempre existirá la exploración clínica que nos confirmará el diagnóstico, ya que en medicina existen excepciones muy generalizadas.

El dolor referido no aparece únicamente en el síndrome facetario, inestabilidad o estenosis del canal, sino que también puede ocurrir en la hernia discal.

En algunos enfermos con una lesión discal alta, al nivel de L3-L4, puede existir solamente dolor al nivel de la rodilla con atrofia del cuádriceps y una sensación de inestabilidad o "que la rodilla se le dobla". Ante estos enfermos no se suele pensar en la columna, no efectuándose, por tanto, ninguna exploración en ese sentido, permaneciendo el diagnóstico ignorado durante mucho tiempo. Friis y cols. han demostrado que un 10% de los pacientes con hernia discal principalmente a nivel de L4-L5 y L5-S1 no padecen una ciática, sino únicamente un dolor selectivo en una zona específica. Si es la raíz L5 la que se encuentra comprimida el dolor puede aparecer únicamente al nivel de la articulación metatarsofalángica del primer dedo. En el caso de que la compresión sea en la raíz S1 puede que el dolor exista únicamente en el tendón de Aquiles o en el talón. Esta sintomatología hay que conocerla para que no efectuemos tratamientos erróneos, como puede ser el de una tendinitis del Aquileo o una osteocondritis de la metatarsofalángica, sin que existan ambos problemas y la etiología sea radicular (fig. 9).

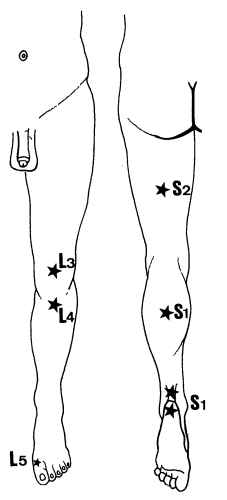


Fig 9.- Puntos dolorosos producidos en las hernias discales.

Claudicación neurogénica intermitente

Fue descrita por primera vez por Verbiest, y se produce por el estrechamiento del canal central.

Se instaura un cuadro clínico que puede ser dividido en tres periodos. En el estadio inicial se desencadena un dolor lumbar que se caracteriza por una serie de hechos; aumenta al estar el enfermo en decúbito y mejora al adoptar la postura de sentado o de pie. Puede ocurrir, como hemos explicado, que aparezca un dolor nocturno y que el enfermo tenga la necesidad de levantarse, permaneciendo sentado o de pie durante un rato, con lo cual le desaparece el dolor. Debe ser diferenciado del dolor que se produce en el estrechamiento del canal lateral en el cual hay una necesidad de dar unos paseos por la habitación. La explicación de estos hechos es muy sencilla: al aumentar la lordosis lumbar tiene lugar un mayor estrechamiento del canal central, por lo cual se incrementan las molestias dolorosas.

Este período inicial deja paso a un segundo, en el cual aparecen además síntomas al nivel de los miembros inferiores. El enfermo nota dolores vagos, disestesias y parestesias, que le aparecen después de haber caminado durante unos cientos de metros. Esta sensación molesta desaparece al sentarse o permanecer unos minutos en pie sin moverse. El paciente, inconscientemente la mayoría de las veces, adopta una ligera flexión de la columna cuando camina, ya que al disminuir la lordosis lumbar por la flexión se produce un agrandamiento relativo del canal, que le permite andar sin que aparezcan las molestias.

El tercer periodo se caracteriza porque la sintomatología aparece totalmente florida: es el síndrome de claudicación intermitente neurogénica que se encuentra explicado en todos los libros. Está determinado por dolor intenso al nivel de ambos miembros inferiores, que aparece después de andar unos cientos de metros y desaparece cuando el paciente se para observando un escaparate. Este cuadro clínico debe ser diferenciado de la claudicación intermitente de origen vascular, y para ello existen unas diferencias en el propio inicio del dolor, aparte de la exploración clínica de los pulsos periféricos. En la claudicación de origen neurogénico el dolor comienza por la zona más proximal irradiándose hacia la periferia, mientras que en la de origen vascular es justamente al contrario. Este es un signo patognomónico que no debemos olvidar.

Además de esta característica del dolor, existen otros signos que pueden ser considerados como menores. El enfermo de origen vascular tiene dolor al subir escaleras y al levantar las piernas cuando se encuentra en decúbito: mientras que en el paciente de origen neurogénico no aparece el dolor en estas dos situaciones. La prueba de la bicicleta es negativa ya que la columna es colocada en una ligera flexión, mientras que es positiva en la enfermedad de origen vascular.

Síndrome de la cola de caballo

Es una forma rara y a veces catastrófica de la hernia de disco. Su estudio y descripción lo realizamos en un apartado especial para llamar la atención sobre él.

La incidencia que presenta no es muy grande; así, Raaf informa de un 2% en 624 pacientes tratados. Spangfort lo halla en el 1.2% en 2.500 enfermos operados. Si revisamos otras series de la literatura, podemos resumir que hay una incidencia de aproximadamente el 2.4% cuando el número de pacientes tratados fue grande.

Este síndrome se produce por el secuestro masivo de tejido nuclear del disco intervertebral. Este tejido normalmente permanece situado y anclado en el espacio epidural, aunque existe un número de ocasiones que el núcleo secuestrado penetra en el espacio intradural, bien a nivel del propio saco dural o en el interior de la vaina dural de una raíz nerviosa. Los discos intervertebrales que se afectan con una mayor frecuencia son L4 y L5, pero tienen la ventaja de permanecer el tejido enucleado en el espacio epidural. En cambio, los discos intervertebrales altos sufren este proceso patológico en una menor proporción, pero en ellos es frecuente que pasen al espacio intradural. Estos casos raros representan únicamente el 0.2% de todas las hernias discales operadas.

El cuadro clínico puede aparecer en dos formas.

- 1) Hay un predominio del dolor lumbar, que es muy intenso, y/o dolor perianal, mientras que los síntomas radiculares permanecen enmascarados por el dolor que sufre el paciente o son de una intensidad no muy acusada.
- 2) Dolor lumbar intenso que se irradia a los glúteos, cara posterior del muslo y pierna, con sensación de "adormecimiento", o parestesias que se extiende desde la región glútea hasta la planta de los pies.

En ambos tipos de enfermos existen otros signos importantes que se deben considerar para poder efectuar un diagnóstico precoz. Se produce frecuentemente una disminución de la fuerza muscular, que puede llegar a la parálisis en algún grupo muscular de la pierna o pie. Las alteraciones de la sensibilidad se sitúan generalmente por encima del déficit motor. Los síntomas urinarios aparecen precozmente y consisten en una incontinencia por rebosamiento, mientras que la impotencia es un signo tardío. Cuando llega a producirse un compromiso de las raíces sacras, aparecen los síntomas característicos de la compresión de la cola de caballo, parestesias perianales, pérdida del reflejo anal y bulbocavernoso.

Es un síndrome en el cual la urgencia quirúrgica está justificada, y el resultado del tratamiento, particularmente de los síntomas urinarios, está directamente relacionado con la rapidez con que se ha llevado a cabo la descompresión.

Sintomatología urinaria o vesical

No todos los enfermos en los cuales aparecen síntomas urinarios padecen un síndrome de la cola de caballo, como a primera vista puede parecer.

Ocasionalmente el único síntoma de una hernia discal en un adulto joven puede ser la retención urinaria, la irritabilidad o escozor vesical y la incontinencia por rebosamiento. Así, Emmett y Love, Ross y Jackson, han afirmado que todo paciente joven con síntomas vesicales debe ser estudiado, incluyendo la columna lumbar, particularmente si las exploraciones urológicas resultan normales.

En este síndrome se han descrito cuatro signos importantes:

- 1) Retención urinaria total.
- 2) Retención parcial con una evolución larga.
- 3) Irritabilidad o "escozor" vesical.

4) Pérdida del deseo de orinar con una sensación de repleción vesical.

Han sido descrito estos mismos síntomas urinarios en la espondilolistesis degenerativa.

Este cuadro clínico puede pasar desapercibido si no se busca específicamente, ya que en una gran mayoría de los enfermos estos síntomas son pequeños o ligeros.

EXPLORACION CLINICA

El examen físico debe comenzar por la inspección de toda la columna, no circunscribiéndonos únicamente a la región lumbar. Sólo de esta forma podemos observar si existe alguna desviación del raquis (escoliosis, cifosis y lordosis lumbar), así como una basculación pélvica por una disimetría de los miembros inferiores. Si hay alguna duda por la historia de enfermedad genito-urinaria, gastroduodenal, pulmonar, vascular o general (diabetes, alcoholismo...), deberá ser reconocido en ese sentido, para descartar que el dolor este producido por una causa extrarraquídea.

Inspección

La inspección comienza desde el momento en que el paciente abre la puerta de la consulta, se observa cómo camina, permanece de pie y se desnuda, ya que con sus movimientos y actitudes nos informa del estado en que se encuentra.

Se inicia analizando la marcha y la postura.

Si existe únicamente una lumbalgia observamos que la columna se mantiene recta, sin efectuar ningún movimiento con ella y muy posiblemente sus manos las llevará colocadas en la región lumbar, como pretendiendo evitar con esta actitud que se realice algún movimiento. Si además el paciente padece una ciática, la marcha es tipo antiálgico: colocará el menor peso posible en la pierna afectada, cambiando rápidamente a la primera contraria. Camina lentamente ya que apoya ligeramente el talón, pudiendo tener dolor en la punta de los dedos al despegar el pie del suelo. Si por el contrario estamos ante una persona que padece una claudicación de origen neurogénico, el paciente caminará ligeramente flexionado hacia delante.

La postura que adopta en el caso de una lumbociatalgia intensa es típica. Se inclinará hacia el lado "sano", produciéndose una escoliosis antiálgica en el supuesto de que la hernia sea lateral, mientras que si es la hernia axilar media el enfermo se flexionará hacia el lado "enfermo" o de la ciática. Ambas posturas se producen en un intento de conseguir la descompresión radicular.

La postura que adopta la persona al permanecer en pie es también característica, si hay una lumbociática por compromiso radicular. La columna se mantiene completamente recta o en una ligerísima extensión, mientras que la cadera y la rodilla permanecen flexionadas. Es una actitud antiálgica en un intento de conseguir la descompresión radicular. Por el contrario, cuando

existe un estrechamiento del canal central, la columna lumbar se encuentra en una ligera flexión, consiguiéndose de esta forma un ensanchamiento relativo del canal.

Al desnudarse el paciente podemos observar unos detalles importantes. El quitarse los pantalones, zapatos y calcetines, puede producir dolor, por lo cual el enfermo lo realiza con cierta dificultad, en aquellos que padecen una ciática. En las personas que tienen un estrechamiento del canal central la flexión de la columna lumbar la realizan sin dificultad, ya que no existe un aumento del dolor, realizando el acto de desvestirse sin ningún problema.

La adopción de ciertas posturas y la realización de algunos movimientos se realiza de forma inconsciente y automática, siendo muy difícil que los llamados simuladores sean capaces de conocer toda esta sintomatología y la ejecuten perfectamente.

La movilidad de la columna lumbar debe observarse detenidamente, obteniendo unos datos importantes para nuestra exploración clínica.

En los enfermos que padecen una compresión radicular la flexión de la columna lumbar es siempre dolorosa y, por tanto, se encuentra limitada. Existe una forma sencilla de controlar el grado de la flexión, y es anotando la distancia que existe entre las manos y el suelo, con lo cual podremos ir observando la mejoría o el empeoramiento que se produce en este signo clínico importante. Al pedir al paciente que efectúe la flexión puede que observemos que las manos alcanzan la rodilla, movimiento que consigue el enfermo al flexionar las caderas, por lo cual esta exploración debe realizarse con la persona desnuda para comprobar este hecho. Si colocamos nuestros pulpejos de los dedos en las apófisis espinosas apreciamos que las vértebras apenas se desplazan.

La extensión de la región lumbar en estos enfermos está ligeramente limitada y resulta mucho menos dolorosa, pudiendo en los últimos grados del movimiento notar dolor, que en ocasiones se irradia a la pierna. En algunas de estas personas se produce una rotación de la pelvis al efectuar la extensión.

Las flexiones laterales están en un gran número de estos pacientes libres, presentando, por tanto, un recorrido normal. En el caso de existir una escoliosis antiálgica, la flexión lateral hacia la convexidad de la curva, es decir, hacia el lado en que el paciente padece la ciática, es dolorosa y, por tanto, se encuentra limitada.

En las personas que tienen un estrechamiento del canal central, el dolor y la limitación de la movilidad de la columna lumbar es opuesto al que padecen los enfermos con un cuadro clínico de compresión radicular. La flexión de la columna lumbar es prácticamente normal, no produciéndose ninguna molestia al efectuarla. La extensión es por el contrario, dolorosa, desde el comienzo del movimiento, encontrándose limitada en sus últimos grados. Hay una rotación de la pelvis en un intento para conseguir que el movimiento vertebral sea el menor posible.

Palpación y percusión

La palpación de la columna debe realizarse con una metodología para que no se olvide ninguna estructura importante. Tiene que ser suave, y en aquellos puntos en los cuales puede desencadenarse el dolor, presionar ligeramente observando si hay un aumento de la molestia dolorosa.

La palpación la comenzamos por la línea media tanto al nivel de las apófisis espinosas como a nivel del ligamento interespinoso. Si al presionar los relieves óseos se desencadena dolor, éste es de origen discogénico, produciéndose al nivel de los espacios en que existe una degeneración discal. La razón por la cual se produce el dolor no está bien explicada; podría ser que la presión que se ejerce en las apófisis espinosas se transmita por los pedículos alcanzando el cuerpo vertebral y, de esta forma, bien porque el disco se movilice ligeramente o porque se produzca un aumento de la presión intradiscal, tenga lugar un aumento de la molestia dolorosa.

El dolor que se produce al comprimir el ligamento interespinoso, en el momento actual no lo podemos relacionar a una estructura específica, pudiendo desencadenar un dolor referido. Se ha explicado con anterioridad que cuando se produce un aumento de la presión en él por la inyección de suero salino, se desencadena un dolor ciático. En ocasiones, al presionar el ligamento interespinoso, observamos la aparición de una ciatalgia, pero no estamos en condiciones de afirmar si este dolor se debe únicamente al ligamento o existe alguna otra estructura que siendo patológica contribuye a la formación del dolor.

Hay ocasiones en que la palpación de la línea media no despierta ningún dolor; pero si al paciente se le pide que se flexione y que vaya extendiendo la columna mientras que se le mantiene la presión al nivel de las apófisis espinosas, puede que en este momento se desencadene una molestia selectiva en el espacio en que existe un disco degenerado. Esta

maniobra puede ser llamativa en aquellos pacientes en los cuales las exploraciones anteriores han sido negativas.

Después de haber realizado la palpación de la línea media, pasaremos a efectuarla al nivel de la musculatura paravertebral. Observaremos si existe una contractura por medio de una palpación bilateral y simétrica. En los casos en que no sea muy manifiesta, no debe realizarse directamente sobre el vientre muscular sino que se inicia en la línea media corriendo los dedos suavemente en dirección lateral para de esta forma poder apreciar pequeñas diferencias. En los pacientes en los cuales existe una contractura muscular intensa, resulta particularmente dolorosa la palpación firmemente realizada y más si cogemos el músculo entre el primer y segundo dedos a modo de un pellizco.

En la posición de pie, y especialmente si existe una escoliosis antiálgica, el espasmo muscular es intenso; sin embargo, en reposo con el enfermo en decúbito puede que encontremos una flaccidez muscular. Aconsejamos, por tanto, que cuando se explore la masa muscular el paciente permanezca en bipedestación, evitando de esta forma el error de no encontrar una contractura muscular que si existe. El dolor que puede desencadenar la palpación muscular es regional y en muy raras ocasiones se produce una ciática.

A continuación se lleva a cabo la palpación de las articulaciones intervertebrales, que se encuentran aproximadamente a 3 cm de la línea media. El dolor que se produce es muy selectivo, sin ninguna irradiación, ocurriendo en pacientes que padecen un síndrome facetario o una inestabilidad. Si el dolor no aparece, debe realizarse la palpación con la columna lumbar en extensión, ya que en esta posición aumenta la lordosis y exacerba la sensibilidad de las articulaciones que presentan una degeneración incipiente. Se debe efectuar la palpación de todas ellas y de forma comparativa.

La palpación de la columna no finaliza aquí, sino que se tienen que explorar otras regiones anatómicas que se encuentran entrelazadas con la patología lumbar. En ocasiones pueden existir áreas pequeñas cuya palpación puede producir dolor extremo que aparece en esa misma región o de forma radicular, son las llamadas "zonas de disparo o trigger". Al nivel de la columna lumbar el ligamento iliolumbar puede actuar como zona de disparo, desencadenando una ciática intensa, debiendo ser considerado este tipo de molestia como un dolor referido.

La palpación de las articulaciones sacroilíacas debe realizarse sistemáticamente y si se produce dolor tendremos que pensar que muy probablemente hay un síndrome facetario o una inestabilidad al nivel de las tres últimas articulaciones intervertebrales.

La presencia de zonas dolorosas al nivel de la extremidad inferior tiene una importancia diagnóstica y pronóstica. Gunn y cols demostraron que es muy frecuente, en los pacientes que tienen un compromiso radicular, la existencia de puntos dolorosos a la palpación en el miotoma correspondiente. Estos puntos dolorosos musculares se encuentran localizados en la unión neuromuscular principal del grupo muscular afectado, pero presentan un inconveniente, y es que su situación anatómica es diferente para cada enfermo. Su importancia pronóstica es que aquel enfermo con una lumbalgia y en el cual existen puntos dolorosos musculares, va a tener una evolución tres veces superior que los pacientes sin sintomatología muscular. Si además de la lumbalgia hay una ciática, la evolución es cuatro veces superior cuando existen dichos puntos dolorosos musculares en comparación con los enfermos que no lo presentan (fig 10).



Fig 10.- Puntos dolorosos musculares que se pueden producir en una compresión radicular. Puntos de Gunn.

En una exploración clínica rutinaria puede confundirse este dolor muscular selectivo, principalmente si ocurre al nivel de los gemelos, con un proceso vascular como puede ser una tromboflebitis. Hay que diferenciar ambos cuadros patológicos, y para ello existe la maniobra de la dorsiflexión del pie y tobillo, que provoca dolor cuando es de origen vascular.

La percusión de la columna lumbar es una exploración complementaria de la palpación que da una información menor. Se suele comenzar por las zonas consideradas como "sanas", y se termina a nivel de las vértebras que han sido anteriormente localizadas como dolorosas por

medio de la palpación. Si se reproduce el cuadro ciático, al efectuar la percusión, es muy probable que exista una compresión radicular, aunque no es un signo patognomónico.

Examen neurológico

El examen neurológico continúa siendo en la actualidad la exploración clínica más importante. Hay que considerar que nuestro problema en muchas ocasiones continúa siendo si la ciática tiene un origen neurogénico, por tanto, producido por una hernia de disco o una estenosis del canal lateral y, más raramente, por una infección o tumor. La clave del diagnóstico reside en este examen neurológico, teniendo que conocerse perfectamente y realizarlo adecuadamente.

La exploración neurológica puede ser dividida conceptualmente en cuatro apartados:

1. Pruebas que reproducen el dolor ciático: son los llamados tests de compresión-irritación radicular. Normalmente se consideran dos pruebas: la elevación-extensión de la pierna y el signo de estrangulamiento o compresión del hueco poplíteo.
2. Exploración de la sensibilidad.
3. Exploración de la actividad refleja.
4. Exploración de la actividad muscular.

La reunión de todos los datos obtenidos con estas exploraciones neurológicas nos dará una predicción clínica del 85 % en los cuadros clínicos de compresión radicular (Tabla 1).

Test de compresión-irritación radicular

Son las maniobras clínicas más demostrativas de una compresión radicular, y en el caso de ser ambas positivas son patognomónicas. McCulloh y Macnab, usan el término de "tensión", por el de compresión, indicando con ello la existencia de una distorsión de la raíz nerviosa a nivel extradural. Compresión y tensión son sinónimos, pero a la vez presentan un matiz diferente que los autores quieren poner de manifiesto. Indican con ello el estiramiento y la torsión que sufre el nervio espinal mixto, que, como se puede observar, son dos conceptos más significativos que el de compresión, que es más simple.

Los dos tests más significativos para estudiar la tensión-irritación de la raíz nerviosa son el de elevación-extensión de la pierna, o prueba de Laségue, y el test de estrangulación o compresión del hueco poplíteo, que los anglosajones denominan bowstring test (McCulloh y Macnab).

Tabla 1

Examen del paciente	
PRUEBAS DE LA PATOLOGIA RADICULAR	
A. Test de compresión-irritación radicular	
<i>1. Tests de elevación-extensión de la pierna</i>	
Signo de Lasègue.	En posición supina se efectúa la elevación de la pierna con la rodilla en extensión. Dolor en el territorio del ciático. Afectación de las raíces L ₅ a S ₂ .
Signo de Lasègue contralateral.	Se realiza la misma maniobra, pero con la pierna sana. Dolor en el territorio del ciático en la pierna contralateral. Afectación de las raíces L ₅ a S ₂ por una hernia discal axilar.
Signo de Bragard.	Se realiza de la misma forma que el signo de Lasègue. En el momento en que comienza el dolor ciático se efectúa la dorsiflexión del pie. Se produce un aumento del dolor.
Signo de Fajerszdahn.	Se efectúa la elevación de la pierna, flexión de la columna cervical y dorsiflexión del pie. Dolor ciático.
Puntos o zonas dolorosas de Gunn.	Palpación de los miotomas musculares. Se produce dolor. Indica una afectación radicular de la raíz nerviosa que inerva el grupo muscular.
Signo de compresión del hueso poplíteo.	En posición supina se eleva la pierna hasta que se produzca una ciática. En este momento se coloca el pie en el hombro del examinador y se flexiona ligeramente la rodilla. Se comprime el hueso poplíteo a nivel del nervio ciático. Dolor ciático proximal o distal.
Signo del bombeo de la pierna.	En ocasiones el signo de Lasègue no produce dolor importante. Si la maniobra de Lasègue se repite en varias ocasiones aparecen parestesias.
Signo de lanzamiento.	El paciente sentado en la camilla de reconocimiento. Elevación de la pierna hasta alcanzar la extensión de la rodilla. Dolor ciático que hace que el paciente se incline hacia atrás.
B. Estudio de la sensibilidad	
Alteración de la sensibilidad en la zona retromaleolar tibial.	Compresión de la raíz nerviosa L ₄ .
Alteración de la sensibilidad en el pliegue interdigital del primer y tercer dedos.	Compresión de la raíz nerviosa L ₅ .
Alteración de la sensibilidad en el borde externo del pie.	Compresión de la raíz nerviosa S ₁ .
C. Examen de la actividad motora	
Prueba de ponerse en cuclillas.	Se dice al paciente que lentamente se ponga en cuclillas y se vuelva a levantar. La debilidad motora se produce por el cuádriceps (raíces L ₂ a L ₄).
Caminar sobre los talones.	Se pide al paciente que camine sobre los talones (dorsiflexión del tobillo). Debilidad motora en el tibial anterior y extensor común de los dedos (raíces L ₄ y L ₅).
Caminar de puntillas.	Se pide al paciente que camine de puntillas. Debilidad de los gemelos y soleo (raíces S ₁ y S ₂).
Debilidad del extensor largo del dedo gordo.	Compresión principalmente de la raíz nerviosa L ₅ . Puede asociarse una pérdida de fuerza en todos los extensores de los dedos y de los peroneos.
Debilidad del flexor largo del dedo gordo.	Compresión principalmente de las raíces nerviosas S ₁ y S ₂ . Puede asociarse una pérdida de fuerza de todos los flexores de los dedos.
Incontinencia o retención urinaria, disminución del tono rectal y/o debilidad de los músculos intrínsecos del pie.	Compresión de las raíces nerviosas S ₂ a S ₄ .
D. Examen de la actividad refleja	
Reflejo rotuliano.	Compresión de las raíces nerviosas L ₃ y L ₄ . En ocasiones, una compresión de la raíz nerviosa L ₅ también puede alterar este reflejo.
Reflejo aquileo.	Compresión de la raíz nerviosa S ₁ .
Reflejo del tibial posterior.	En ocasiones, la compresión de la raíz nerviosa L ₅ puede alterar este reflejo.
PRUEBAS DE LA PATOLOGIA MENINGEA, DURAMADRE O RADICULAR	
Signo de Kernig.	En posición supina se efectúa la hiperflexión de la cadera y rodilla. Al extender la pierna se produce dolor en la columna lumbar.
Signo de Brudzinski.	En posición supina y piernas en extensión se realiza la flexión de la columna cervical. Dolor en la columna lumbar.

Signo de Naffziger.	En posición supina se efectúa la compresión suave de las venas yugulares. Dolor en la columna lumbar.
Signo de Milgram.	En posición supina, elevación de las piernas unos centímetros del plano de la mesa de reconocimiento. Dolor en la columna lumbar a los 30 segundos de tener elevadas las piernas.
Maniobra de Valsalva.	En posición sentada, contracción de los músculos abdominales. Dolor en la columna lumbar.

PRUEBAS DE LA PATOLOGÍA DEL NERVIIO FEMORAL O RADICULAR

Prueba de estiramiento del nervio femoral.	En posición prona, el examinador estabiliza la pelvis e hiperextiende la cadera. Dolor en la distribución dérmica de las raíces L ₂ a L ₄ .
Prueba de hiperflexión de la rodilla.	En posición prona, se hiperflexiona la rodilla sobre la nalga ipsolateral. Dolor en el muslo que representa una lesión de la raíz L ₃ . Presenta un valor clínico incierto.

REFLEJOS PATOLÓGICOS

Signo de Babinski.	Rascado de la planta del pie con un instrumento puntiaguado. Es positivo si se produce la extensión del dedo gordo y separación en abanico del resto. Indica una lesión de las motoneuronas superiores.
Signo de Oppenheim.	El examinador pasa la uña por la cresta tibial en dirección al pie. Indica lo mismo que el signo de Babinski.
Signo de Chaddock.	El examinador pasa la uña con firmeza por el borde externo del pie. La prueba es positiva si hay una extensión del dedo gordo. Indica lo mismo que el signo de Babinski.

PRUEBAS DE LA PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN SACROILIACA Y CADERA

Prueba de la expansión pélvica.	En posición supina, el examinador presiona hacia abajo en los bordes externos de la pelvis. Dolor en las sacroilíacas.
Prueba de compresión pélvica.	En posición lateral, el examinador presiona hacia abajo. Dolor en la sacroilíaca.
Prueba de Gaenslen.	En posición supina, se hace hiperflexionar las caderas y rodillas. En este momento se lleva al paciente al borde de la mesa de reconocimiento y se le hace suspender una de las piernas por fuera de la mesa de reconocimiento. La caída de la pierna provoca dolor en la sacroilíaca.
Prueba de Patrick.	En posición supina, se flexionan las caderas y rodillas, posteriormente se abduce la cadera y se gira para que el pie descansa sobre la rodilla contralateral. El examinador empuja hacia abajo la rodilla manteniendo fija la pelvis. Dolor si hay alteración patológica en la cadera o en la sacroilíaca.

Test de elevación-extensión de la pierna

Es aquella maniobra que pone en tensión al nervio ciático y de esta forma se produce una mayor compresión de la raíz nerviosa contra el disco lumbar herniado.

El primero en describir esta maniobra fue Laségue, en 1881, por lo cual en muchas ocasiones se denomina a esta prueba con su nombre. Fajerszdahn efectúa una variante, que es la elevación de la pierna, dorsiflexión del pie y flexión de la columna cervical. Bragard únicamente efectúa la dorsiflexión del pie con el miembro inferior elevado. Hay que considerar la importancia de la prueba de elevación-extensión contralateral. Existen autores que relacionan todas estas pruebas con los signos de Kernig y Brudzinsky que aparecen en los cuadros clínicos de irritación meníngea. La fisiopatología del signo de Laségue ha sido estudiada por numerosos autores (Inman y Sanders, Falconer, McGeorge y Begg, Charnley, Day e Hinchey, Goddard y Reid), tanto en cadáveres, en trabajadores, como intraoperatoriamente, no llegando ninguno de

ellos a unas conclusiones definitivas. Aunque se conoce que la elevación pasiva de la pierna produce dolor en la pierna, en la columna lumbar o en ambos sitios (O'Connell, Hanraets, Depalma y Rothman), su significado no está suficientemente aclarado.

Scham y Taylor han llevado a cabo una exhaustiva revisión de los llamados "signos de tensión", comprobando que con estas maniobras de elevación de la pierna las raíces nerviosas L5 y S1 se movilizan o sufren un desplazamiento de 2 a 12 mm a nivel de su canal lumbar lateral. Esta idea se extiende rápidamente, y fue reconocida por diferentes autores como la causa fisiopatológica del dolor ciático. Se ha afirmado durante años que la ciática, y por ello todas las maniobras de los tests de elevación-extensión, se debían a la imposibilidad de las raíces nerviosas a moverse dentro de su canal espinal lateral, por estar comprimidas por el núcleo pulposo herniado.

En la actualidad conocemos que este mecanismo no es totalmente cierto. La ciática se produce por una falta de nutrientes en la raíz nerviosa. Este hecho se debe a una cadena de acontecimientos. En primer lugar, se produce la compresión de la raíz nerviosa por el núcleo pulposo. Esta situación desarrolla un trastorno de los pequeños vasos que rodean a la capa de mielina. Hay un colapso principalmente de las vénulas. A su vez la compresión desencadena un "taponamiento" del líquido cefalorraquídeo que fluye por la vaina dural que rodea a la raíz nerviosa. El líquido cefalorraquídeo es el principal nutriente del tejido nervioso de la raíz. Si se efectúa la elevación de la pierna se desarrolla una isquemia mayor del tejido nervioso de la raíz, desencadenándose el dolor de tipo ciático. El resultado final es que al efectuar la elevación-extensión de la pierna, se produce una tensión y además una compresión de la estructura nerviosa. Este hecho desencadena un dolor que puede ser lumbar, ciático o lumbociático. Hay que conocer que la raíz nerviosa L4 se afecta mucho menos, y las raíces nerviosas más proximales a ésta presentan un compromiso casi inexistente. Por tanto, las pruebas de elevación-extensión tienen mucho más valor e importancia cuando el cuadro compresivo afecta a las raíces nerviosas L5 y S1, y es habitualmente negativo si la raíz nerviosa afectada es superior a este nivel. Fahrni analizó estas pruebas, observando que la tensión nerviosa se producía en el momento que la pierna se eleva entre los 35° y 70°.

Rothman estudia el arco de elevación de la pierna y su repercusión en las raíces nerviosas. Para este autor, una elevación entre los 0°-35° produce una relajación de las raíces. A

partir de los 35° y hasta los 70° tiene lugar el fenómeno de tensión radicular. La elevación de la pierna por encima de los 70° produce una deformación del nervio espinal mixto distalmente al canal lateral lumbar. Esta explicación fisiopatológica ha sido recogida por muchos autores, y se dice que el signo de Laségue es únicamente positivo e indicativo de una hernia discal cuando el dolor aparece en el arco comprendido entre los 35° y 70°. A esta situación normal, nosotros creemos que hay que contraponer tres situaciones excepcionales. Hemos observado Laségués positivos antes de alcanzar los 35° de elevación de la pierna. Estos pacientes presentan cuadros muy agudos, y por ello han sido todos ellos operados. En ellos se ha encontrado una hernia discal prácticamente secuestrada o una hernia discal intraforaminal de gran tamaño. Ocasionalmente hemos observado que el test de elevación-extensión de la pierna es positivo por encima de los 70° de elevación. En algunos de estos casos hemos podido observar una gran hernia discal medial. Por tanto, podemos concluir que el Laségue es indicativo de una compresión radicular cuando el dolor aparece por debajo de 70° en la elevación de la pierna. Por encima de este nivel la reproducción del dolor se agrava normalmente por la dorsiflexión del pie (Bragard) y disminuye o desaparece al flexionar la rodilla (fig. 11).

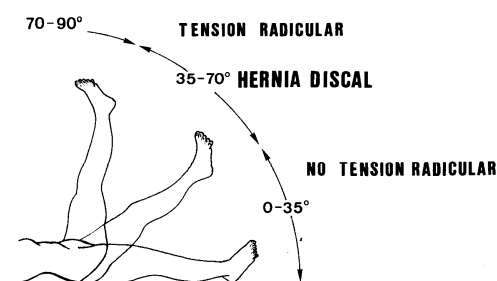


Fig 11.- Prueba de Laségue. Su valoración según el grado de elevación de la pierna y la aparición del dolor.

En una revisión llevada a cabo por Rothman y Simeone observaron, tras la comprobación quirúrgica, que el signo de Laségue presentaba una fiabilidad del 90%, mientras que para Booth es del 97%. Se ha demostrado que las personas más jóvenes presentan una mayor incidencia, pero hay que tener presente que una prueba negativa no invalida el diagnóstico. A partir de los 30 años una prueba negativa es más frecuente.

El signo de Laségue se realiza con el enfermo en decúbito supino, con la cabeza colocada en una almohada baja, sin elevarla, por tanto, y que la persona se encuentre cómoda y relajada.

Es importante procurar no hacer daño, por lo cual la pierna la elevaremos despacio y no de forma brusca. Con esta forma de actuar daremos tiempo a que el enfermo nos informe dónde comienza el dolor y cuál es su irradiación, evitando también dañar la raíz comprimida al producir su estiramiento forzado. La técnica que usamos es la preconizada por McCulloh y Macnab; elevación de la pierna colocando una mano en la rodilla para mantenerla en extensión, llevando al mismo tiempo la cadera en una ligera rotación interna y aducción. Si nuestra mano no se coloca en la rodilla o se le pide al enfermo que eleve la pierna por si solo, llegará un momento en que de forma automática e inconsciente el paciente flexione ligeramente la rodilla, para que la molestia incipiente que nota disminuya y poder continuar el movimiento, con lo cual el test puede que parezca que es negativo en un enfermo que realmente lo presenta positivo, al sobrepasar los 70° (fig. 12).

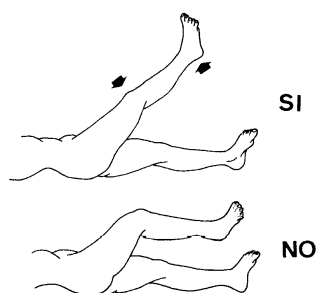


Fig 12.- Técnica en la realización del Laségue.

Al mismo tiempo que se lleva a cabo la elevación-extensión de la pierna se pedirá al paciente que nos informe si aparece dolor y cuál es su nivel, glúteo, muslo o gemelos. La presentación de una lumbalgia cuando la elevación es mayor de 70° no indica que exista tensión radicular; sin embargo, puede haber una excepción que es la hernia discal central.

Al efectuar la prueba de extensión-elevación de la pierna hay que considerar dos posibles situaciones. En las personas que padecen un acortamiento de los flexores de la rodilla, la prueba de Laségue queda alterada, notando estos pacientes la molestia distalmente al tendón de los flexores, no produciéndose dolor irradiado por debajo de la rodilla. En cambio, en los individuos que tienen una laxitud articular, al efectuar en ellos la elevación-extensión de la pierna el grado de la molestia es mucho menor de lo que se podía esperar, siendo posible comprobar esta mayor

movilidad articular al explorar el miembro contralateral y observar que la flexión de la cadera sobrepasa los 90° (McCulloch y Macnab).

En ocasiones existen personas en las que la prueba de elevación-extensión no produce un dolor grande, pero si la maniobra se repite de forma continua en varias ocasiones seguidas, se observa un aumento de parestesias y de la sensación de adormecimiento. A esta maniobra se la llama "bombeo de la pierna", y debe considerarse como un signo positivo de compresión radicular.

La prueba de Laségue contralateral consiste en realizar la misma maniobra de elevación de la pierna, pero con el miembro inferior sano o no doloroso. Si hay una ciatalgia en la extremidad que no se eleva, se considera como positiva, indicándonos la situación de la hernia discal. Hudgins describió que en el 97% de estos pacientes se encontró una hernia discal en el acto quirúrgico, que era un prolapso de gran tamaño, pero que su situación era axilar con respecto a la raíz afectada.

Edgar y Park han efectuado un estudio exhaustivo de los pacientes con una prueba de Laségue positiva, comparando con los hallazgos clínicos, mielográficos y quirúrgicos. Las conclusiones a que llegan ambos autores nos parecen lo suficientemente interesantes como para reseñarlas.

- 1) En los pacientes con una hernia discal central, la prueba de elevación-extensión de la pierna produce principalmente dolor lumbar.
- 2) En los enfermos con una protrusión discal intermedia, situada en contacto con la raíz y la dura, la prueba de Laségue desencadena a la vez dolor lumbar y al nivel de la pierna.
- 3) En las personas con una hernia discal lateral usualmente causa dolor ciático al efectuar la elevación-extensión de la pierna.
- 4) El dolor ciático engendrado por la prueba de Laségue es lo suficientemente significativo de una hernia discal lateral, a pesar de que la mielografía sea normal.
- 5) El dolor tanto de la pierna como de la columna lumbar, al efectuar la elevación-extensión de la pierna, puede ser relacionado con la sensibilidad que tiene la raíz nerviosa y la dura.

Se han descrito muchas variantes de la prueba de elevación-extensión de la pierna o de Laségue. Así, Bragard, al llegar al punto de máxima elevación en el cual aparece el dolor, efectúa la dorsiflexión del pie. Fajerszdahn ejecuta esta misma dorsiflexión del pie, pero además

hace que el paciente flexione la columna cervical. Estas dos maniobras no sólo exacerban el dolor que se produce con la prueba convencional, sino que también pueden desencadenarlo cuando la elevación-extensión ha sido negativa.

La rotación interna de la articulación de la cadera en posición supina también desencadena una tracción sobre el plexo sacro. Troupe y Breg describieron que la rotación interna de la cadera en la prueba de elevación-extensión que es negativa puede reproducir el dolor ciático.

Existen otras maniobras que se deben conocer y ejecutarlas principalmente cuando pensemos que estamos ante un enfermo que puede ser un simulador o presentar un dolor de tipo psicológico. En ambos tipos de personas es muy posible que el examen convencional se le haya realizado en varias ocasiones, con lo cual se lo conoce, perdiendo su valor clínico.

Test de lanzamiento

El test de lanzamiento o, como lo denominan los anglosajones, "flip test", se realiza de la siguiente forma. Con el paciente sentado en el borde de la cama o de la mesa de reconocimiento (se encontrará, por tanto, con las caderas y las rodillas flexionadas en 90°). En esta posición se comienza a extender la pierna hasta llegar a los 180° de extensión en la rodilla. Esta maniobra es, por tanto, similar a la extensión-elevación de la pierna que alcanza los 90°. Si el enfermo sufre una compresión radicular se instaura un dolor repentino y severo de carácter lumbálgico y/o ciatálgico. Para aliviar su molestia intensa, el paciente se inclina hacia atrás, con lo cual consigue que la raíz nerviosa se relaje. Este test resulta muy útil ya que los enfermos con dolor psicológico o los simuladores no efectúan este movimiento reflejo de inclinarse hacia atrás (fig. 13).

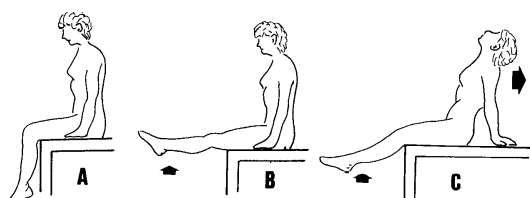


Fig 13.- Test de lanzamiento.

Si estamos ante un enfermo que presenta un dolor ciático intenso al flexionar la columna y pensamos que puede existir un componente psicológico o de simulación, le podremos someter a la siguiente maniobra. Se le pide que se coloque de rodillas encima de una silla o taburete. En esta situación las raíces nerviosas se encuentran relajadas, ya que las rodillas están flexionadas. En este momento se le pide que flexione la columna y lleve sus manos por debajo del plano de la silla. Si el paciente padece una verdadera compresión radicular podrá ejecutar el movimiento sin ninguna molestia. En cambio, el enfermo psicológico o el simulador pensará que tiene que flexionar la columna, con lo cual deberá notar dolor, por lo cual comienza a realizarlo, parándose a mitad del movimiento, ya que el dolor que siente es "muy intenso". Nosotros le llamamos test de pseudoflexión (fig. 14).

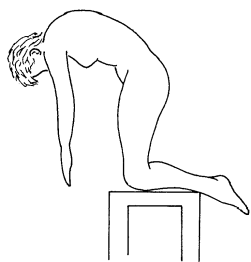


Fig 14.- Test de pseudoflexión.

Como conclusiones de la maniobra de elevación-extensión de la pierna, debemos hacer las siguientes consideraciones:

1. Se produce una agravación del dolor ciático al efectuar la dorsiflexión forzada del tobillo (Bragard), en el límite doloroso producido por la elevación-extensión de la pierna.
2. Se produce una disminución, y en algunos casos la desaparición, cuando se efectúa la flexión de la rodilla y de la cadera.

El dolor ciático debido a una compresión radicular se encuentra disminuido al flexionar la rodilla y la cadera. En aquellos enfermos que pueden clasificarse de forma genérica como emocionales, aparece dolor ciático al elevar la pierna con la rodilla flexionada y efectuar la flexión de la cadera.

3. Si la prueba de elevación-extensión es positiva por debajo de los 70°, apareciendo dolor ciático, este hecho es inequívoco de una hernia discal.
4. Si el dolor aparece por encima de los 70° agravándose con la dorsiflexión del pie y disminuye con la flexión de la rodilla, son signos muy sugestivos de tensión en las raíces L5 y S1, pero

puede que no exista una hernia discal, sino que la etiología de la compresión sea de otra naturaleza, como puede ser un canal lateral estrechado.

5. La aparición del dolor ciático por la elevación-extensión de la pierna no afectada indica de una forma irrefutable la existencia de una hernia discal axilar.

Signo de estrangulamiento o de compresión del hueco poplíteo

Descrito por Macnab como “bowstring test”. Esta maniobra es la indicación más importante de la existencia de una compresión o tensión e irritación radicular.

Se comienza elevando la pierna, y en el momento en el cual el enfermo nota la más mínima molestia a nivel del territorio del ciático, se coloca la rodilla en flexión dejando descansar el pie a nivel del hombro del examinador. Con la pierna colocada de esta forma se ejerce una presión en el hueco poplíteo con ambos pulgares, al nivel de los flexores. En este momento se mueven los pulgares sobre el nervio poplíteo manteniendo una presión firme (fig. 15).

La prueba se considera positiva cuando el paciente nota un dolor irradiado ciático, que puede ser de dos localizaciones. La primera y más frecuente es que note dolor a nivel del muslo que llega hasta la columna lumbar; la segunda, menos corriente, es que el dolor se irradie por la pierna hasta el pie, siendo en este caso más habitual que presente una sensación de parestesia. Es importante conocer que si el dolor es únicamente selectivo a nivel del hueco poplíteo, la maniobra se considera negativa. Somos partidarios, al efectuar esta maniobra, de que el paciente nos explique que sensación nota, para no influir con nuestras preguntas el resultado de la prueba.

Este signo es la demostración más importante de la tensión e irritación de la raíz nerviosa por una hernia discal.

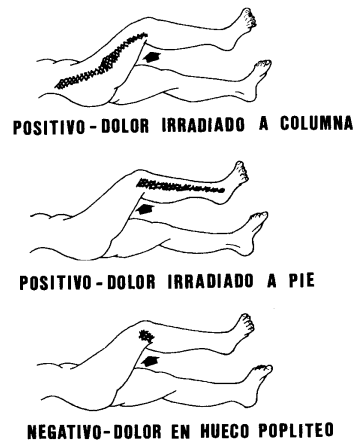


Fig 15.- Valoración del signo de compresión del hueco poplíteo.

Test de estiramiento del nervio crural

No resulta tan satisfactorio como el test de elevación-extensión de la pierna. Se realiza de forma inversa, con el paciente en decúbito prono y efectuando la hiperextensión de la cadera. Debe considerarse como positivo cuando el dolor aparece unilateralmente en uno de los muslos y se agrava por la flexión de la rodilla. Se trata de una maniobra poco específica, ya que si hay alguna alteración a nivel de la cadera podrá notar el paciente una molestia dolorosa que resulta en ocasiones difícil de diferenciar con el cuadro nervioso.

Estudio de la sensibilidad

Clásicamente se dice que las alteraciones sensitivas en los casos de compromiso radicular sigue el dermatomo de la raíz nerviosa afectada. A nivel del muslo y nalga el patrón es menos específico que en la pierna y en el pie. Los pacientes que tienen una edad superior a los 50 años presentan una disminución de la sensibilidad al estímulo aplicado; esto es particularmente valorable con la diferenciación de la sensación de calor y frío.

Con el compromiso de la raíz L4 se pueden apreciar anomalías en la cara antero-interna de la pierna. Cuando la raíz afectada es L5 se observan alteraciones en la cara anteroexterna de la pierna y en la parte interna del pie hasta el dedo gordo. En la radiculopatía de la raíz S1 se producen perturbaciones sensitivas en la parte posterior de la pierna y en la cara externa del pie (figs. 16 y 17).

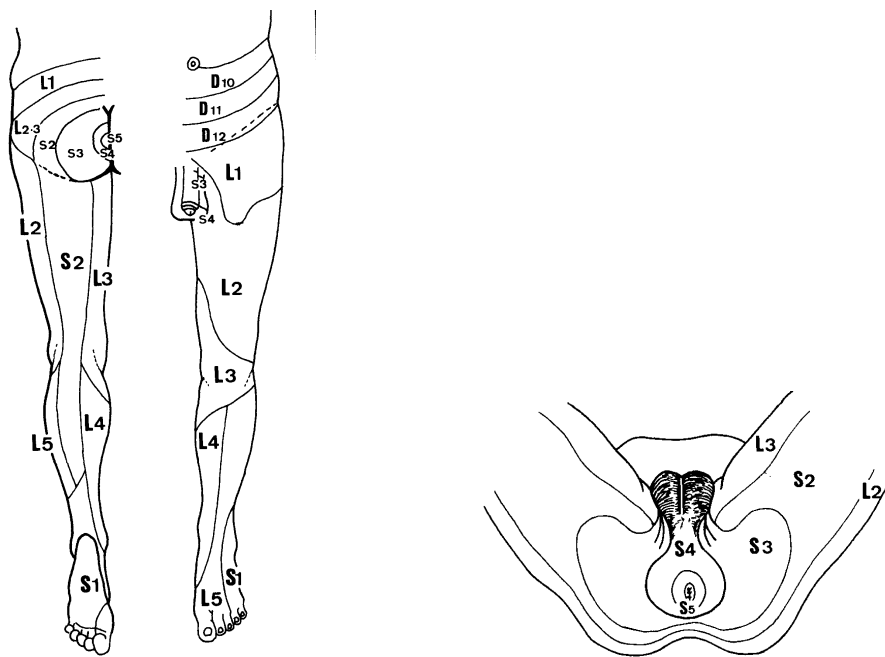


Fig 16.- Diagrama de la sensibilidad.

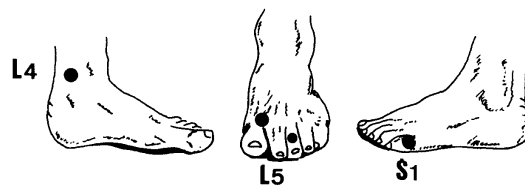


Fig 17.- Zonas en las que debe explorarse la sensibilidad.

El examen de la sensibilidad es interpretado únicamente como positivo cuando el trastorno tiene solamente una distribución de un solo dermatomo, siendo a la vez el dermatomo adyacente normal así como el contralateral.

¿Tienen un verdadero valor diagnóstico las modificaciones de la sensibilidad en los enfermos con un compromiso radicular? Esta es una pregunta muy debatida y vamos a intentar contestarla. Keegan, describe un alto porcentaje de déficit de la sensibilidad en sus enfermos, siendo capaces de localizar el nivel de la lesión. Esta opinión contrasta con la de otros muchos autores que afirman lo contrario.

El test de la sensibilidad que se emplea más comúnmente en la extremidad inferior es el pinchazo, cuya percepción dolorosa es transmitida por las fibras nerviosas A-delta, que son fibras que se creen bastante resistentes a la compresión debido a su tamaño (1 a 5p). Además, la sensación producida por el pinchazo presenta una gran interpretación subjetiva, tanto al realizarla como al sentirla por parte del paciente. En la actualidad se han llevado a cabo estudios a nivel de nervios periféricos con pruebas vibrométricas y presión aestesiométrica, ya que esta sensibilidad es transmitida por las fibras A-beta que resultan más susceptibles a la compresión, al presentar un diámetro mas ancho (10 a 15n). Los cambios que se producen en la compresión radicular podrían ser paralelos a los que se han comprobado a nivel periférico, ya que las fibras nerviosas espinales tienen un tamaño similar a las fibras A-beta. Por tanto, la presión aestesiométrica y la vibrometria podrían ser pruebas más objetivas que la simple sensación de pinchazo en los pacientes con una compresión radicular.

Basándose en estos hechos, Weise, Garfin, Gelberman, Katz y Thorne efectuaron un estudio clínico en pacientes que padecían una hernia discal con afectación de las raíces L5 y S1, comprobadas posteriormente por cirugía o tratadas por quimionucleólisis. Sus conclusiones fueron las siguientes. La diferenciación cuantitativa del umbral sensorial es del 92% para la vibratoria, del 88% para la presión aestesiométrica y sólo del 48% para la percepción del pinchazo. Estos autores continúan diciendo que desgraciadamente el valor del test sensorial para localizar una hernia de disco no es prometedor, ya que el lado de la lesión fue determinado correctamente con una alta frecuencia (90%), pero el nivel radicular fue solamente discernido en un 50%. Esta falta de especificidad es resumida por ellos mismos por los siguientes factores: la

formación de los dermatomas en la extremidad inferior varía, como se evidencia por el número de modelos propuestos; existe un posible solapamiento de las raíces nerviosas, las cuales se encaminan a las áreas sensoriales que pueden estar inervadas por diferentes raíces, lo que dificulta la identificación exacta, como fue sugerido primero por Sherrington y, más tarde, por Davis, Martin y Goldstein. Como último factor son las posibles uniones de las raíces a nivel del plexo, o a nivel de las conexiones del asta posterior.

Podemos, por tanto, concluir que las diferentes pruebas que estudian las alteraciones de la sensibilidad no permiten efectuar una localización exacta de la compresión radicular en la mitad aproximada de los enfermos, siendo el test del pinchazo y del tacto suave con un pincel o algodón los que dan un resultado más pobre. Estas consideraciones hay que tenerlas presentes al valorar la sensibilidad de un paciente.

Estudio de la actividad refleja

Los reflejos tendinosos profundos están frecuentemente alterados en aquellos pacientes que padecen una compresión radicular.

El reflejo aquileo puede estar disminuido o haber desaparecido en el caso de una compresión de la S1. Nosotros realizamos la exploración de este reflejo con el enfermo de rodillas sobre un taburete o una silla. En ocasiones esta maniobra es imposible de ejecutarse de esta forma, ya que existe una ciática intensa que impide que el paciente se coloque relajado de rodillas. En estos casos instalamos al paciente en decúbito supino con la cadera y rodillas flexionadas en 90°, posición que como sabemos no desencadena el dolor ciático. Debe tenerse en cuenta que si ha existido un ataque previo de ciatalgia con una compresión de la raíz S1 puede que se haya instaurado una arreflexia del aquileo que permanece como una secuela, hecho que tiene que considerarse al valorar la desaparición del reflejo, por lo cual se tiene que conocer este dato para no cometer el error de diagnosticar una hernia discal L5-S1, cuando la realidad es que se encuentra a otro nivel y lo que se está observando es una consecuencia de una patología anterior. Hakelius observó que la incidencia de una hernia discal en los enfermos con una arreflexia del aquileo es mucho mayor que en aquellos que presentan una disminución del reflejo.

En las lesiones de la raíz S1 puede también coexistir la disminución de un pequeño reflejo que no es muy conocido. Se realiza arañando ligeramente la planta del pie, y la respuesta es una ligera contracción de la fascia lata.

La compresión de la raíz L5 puede no causar ninguna alteración refleja, pero en ocasiones el reflejo del tibial posterior se encuentra abolido. La obtención de este reflejo se consigue al golpear cerca de la inserción de este músculo. Algunos autores también indican que en las lesiones de esta raíz se produce la abolición del reflejo de los extensores, pero creemos que no es digno de confianza ya que este grupo muscular tiene una innervación múltiple.

El compromiso de las raíces L4 y L3 produce la abolición o la disminución del reflejo rotuliano; sin embargo, debemos tener presente que una hernia discal L4-L5 con afectación de la raíz L5 también puede alterar este reflejo.

Sugerimos, como recomienda Rothman y Simeone, que al explorar los reflejos se efectúen varias tentativas, evaluando el grado de amplitud de la respuesta así como la posible fatiga que puede presentar el arco reflejo. Si se produce esta fatiga o disminución de la respuesta después de realizarlo repetidamente, indica la existencia de un compromiso radicular de menor grado. Hay que conocer que la respuesta refleja, principalmente a nivel del Aquileo, disminuye de intensidad en las personas de edad avanzada y que ello no significa un cuadro patológico.

El estudio de la respuesta refleja debe considerarse como una prueba fidedigna de compresión radicular.

Exploración de la actividad muscular

La compresión radicular y, en consecuencia, de las fibras nerviosas motoras pueden llegar a producir atrofia o parálisis muscular, con disminución del tono y de la masa del vientre muscular. Normalmente la afectación es de un grupo muscular y no de un músculo aislado. El enfermo no suele ser consciente de la debilidad muscular que tiene, percibiéndola únicamente cuando es lo suficientemente intensa como para producirle una impotencia funcional.

La atrofia muscular

No es frecuentemente observada en un compromiso radicular, y cuando aparece es porque el cuadro compresivo tiene una evolución superior a las tres semanas. Resulta más corriente su hallazgo cuando el paciente padece un proceso tumoral.

Debemos recordar que existe un cuadro clínico que se caracteriza por una atrofia del cuádriceps con una sensación de inestabilidad en la rodilla, debiéndose a la compresión de la raíz L4. Este cuadro clínico suele permanecer sin diagnosticar durante mucho tiempo y, lo que es peor, en algunas ocasiones ha llegado a operarse la rodilla supuestamente inestable.

La atrofia de la musculatura de la pierna, principalmente de los gemelos y del soleo, puede llegar a producir un edema al nivel de los tobillos debido a la dilatación venosa que tiene lugar por una falta de masa muscular. En estos enfermos puede llegarse ocasionalmente al diagnóstico de una tromboflebitis o de una insuficiencia vascular, iniciándose en ese sentido el tratamiento.

La forma más fácil de controlar esta atrofia muscular es por medio de la medición del contorno, tanto del muslo como de la pierna, usando una cinta métrica.

La pérdida de fuerza

Es el signo motor más importante en la exploración clínica. El paciente puede no tener constancia de este hecho si el déficit no es excesivamente importante y no le produce una disminución funcional seria.

La acción de cada músculo debe ser observada por separado y se tomará nota de aquellos cuya fuerza se considere alterada. Normalmente se explora la fuerza de un músculo en relación a la movilidad de una articulación. Existe la costumbre de usar una escala del 0 al 5 para registrar la potencia muscular (0: sin contracción; 1 : signos de contracción o de fibrilación muscular; 2: movilidad activa eliminando la gravedad; 3: movilidad activa contra la gravedad; 4: movilidad activa contra la gravedad y una cierta resistencia; 5: potencia muscular normal).

Como todos conocemos, cada músculo no se encuentra únicamente inervado por una raíz, sino que suele ser doble o triple según el músculo que se estudie. Esta es la razón por la cual no se producen parálisis musculares en las lesiones radicales, sino una debilidad motora. A pesar de conocer estas limitaciones del estudio motor, debe efectuarse, ya que apoya el diagnóstico realizado anteriormente (figs. 18 y 19).



Fig 18.- Anatomía nerviosa de los músculos.

INERVACION MOTORA		
MUSCULO	RAIZ NERVIOSA	NERVIO
PSOAS ILIACO	L ₁ - L ₂ - L ₃	N. Crural
CUADRICEPS: Recto anterior	L ₂ - L ₃ - L ₄	
Vasto interno		
Vasto externo		
Vasto medio		
ADUCTORES	L ₂ - L ₃ - L ₄	N. Obturador
CUADRICEPS: Recto interno	L ₄ - L ₅ - S ₁	N. Gluteo superior
GLUTEO: Mediano		
Menor		
TENSOR DE LA FASCIA LATA	L ₄ - L ₅ - S ₁	N. Gluteo inferior
GLUTEO MAYOR	L ₅ - S ₁ - S ₂	N. Ciático
SEMITENDINOSO		
SEMIMEMBRANOSO		
BICEPS FEMORAL	L ₅ - S ₁	N. Ciático popliteo externo-Musculocutáneo
PERONEOS	L ₄ - L ₅	N. Ciático popliteo externo-Tibial Anterior
TIBIAL ANTERIOR	L ₅ - L ₅	
EXTENSOR LARGO DE LOS DEDOS		
EXTENSOR LARGO DEL DEDO GORDO		
EXTENSOR CORTO DEDOS	L ₅ - L ₅	
TRICEPS	L ₅ - S ₁ - S ₂	N. Ciático popliteo interno. Tibial posterior
TIBIAL POSTERIOR	L ₅ - S ₁ - S ₂	
FLEXOR LARGO DE LOS DEDOS		
FLEXOR LARGO DEL DEDO GORDO		
MUSCULOS CORTOS DEL 1.º DEDO	S ₁ - S ₂	N. Ciático popliteo interno. Plantar interno
MUSCULOS CORTOS DEL 5.º DEDO	S ₁ - S ₂	N. Ciático popliteo interno. Plantar externo

Fig 19.- Inervación motora

La compresión de la raíz L4 puede producir la pérdida de fuerza en el cuádriceps, como ya ha sido comentado anteriormente. La extensión de la rodilla puede provocar dolor, lo que impide que se efectúe esta maniobra en la exploración. En estos casos es mejor que el enfermo se coloque en decúbito prono con su rodilla flexionada e intente extenderla contra resistencia (fig. 20).

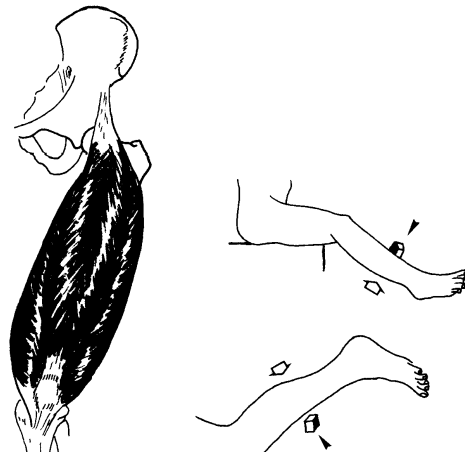


Fig 20.- Compresión de la raíz L4. Exploración del cuádriceps.

El compromiso de la raíz L5 da como primer síntoma motor, y a la vez el más importante, una debilidad del extensor largo del dedo gordo. Posteriormente se puede producir una menor potencia muscular de todos los extensores de los dedos y de los peroneos, por lo cual se produce una atrofia del compartimento anterior de la pierna (fig. 21). La consecuencia de estas alteraciones motoras es la pérdida total o parcial de la dorsiflexión del tobillo. Al enfermo se le pide que camine de talones, pudiendo observarse una fatiga precoz o la imposibilidad de realizar esta marcha. Puede también ocasionalmente verse un signo de Trendelenburg positivo por una debilidad del glúteo medio.

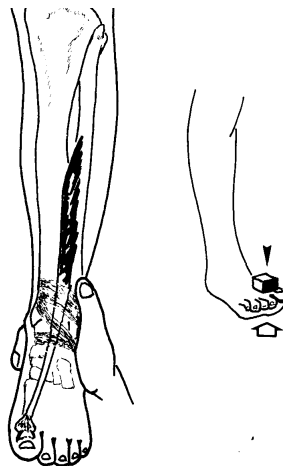


Fig 21.- Compresión de la raíz L5. Exploración del extensor largo del dedo gordo.

En las lesiones de la raíz S1 la pérdida motora principal que se encuentra es a nivel del flexor largo del dedo gordo, siendo posiblemente la primera evidencia (fig. 22). Posteriormente, en un grado menor aparecerá la disminución de la flexión del resto de los dedos y de la flexión plantar del tobillo (fig. 23).

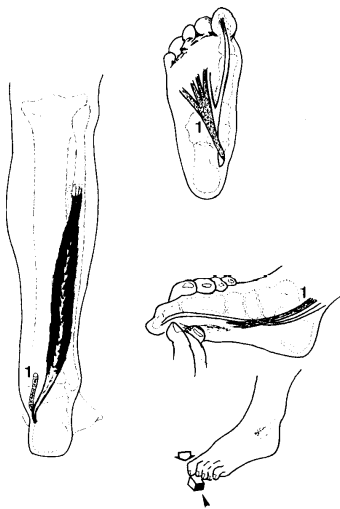


Fig 22.- Compresión de la raíz S1. Exploración flexor largo del dedo gordo y del común de los dedos.

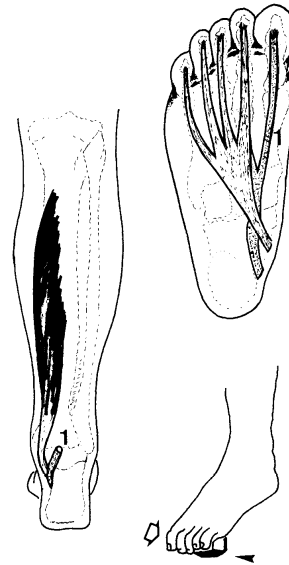


Fig 23.- Compresión de la raíz S1. Exploración del flexor común de los dedos y del flexor largo del dedo gordo.

La debilidad del gastrocnémico tiene su mejor demostración en la pérdida de la elevación de puntillas, que en muchos enfermos se demuestra cuando realiza este movimiento cinco o seis veces, ya que es más frecuente una mayor fatigabilidad que la parálisis muscular. Antes de efectuar la elevación de puntillas habrá que comprobar si existe una atrofia del cuádriceps o un dolor ciático, que impide este movimiento, sin lesión al nivel de los gemelos y del soleo. En los pacientes con afectación de la raíz S1 puede también coexistir una debilidad del glúteo mayor, que se demuestra por una alteración del pliegue cuando el enfermo permanece de pie (tabla 2).

Músculos que actúan en la flexión plantar *	
SOLEO	Flexores plantares de la articulación del tobillo. (grupo del tendón de Aquiles.)
GEMELOS	
PLANTAR DELGADO	
TIBIAL POSTERIOR	Flexores plantares del antepié y de la articulación del tobillo.
PERONEO LATERAL LARGO	
PERONEO LATERAL CORTO	Flexores plantares de los dedos del antepié y de la articulación del tobillo.
FLEXOR LARGO DEL DEDO GORDO	
FLEXOR LARGO DE LOS DEDOS	

* La flexión plantar es un movimiento en el cual se produce la acción de varios músculos.

Tabla 2.

Hay que recordar que una debilidad motora puede estar presente en cualquier neuropatía periférica, tanto metabólica (diabetes) como de otra naturaleza, así como ser de origen tumoral. Desde el punto de vista clínico, una neuropatía peronea diabética no respeta al tibial anterior, mientras que en la lesión de la raíz L5 este músculo suele ser normal, además la debilidad del glúteo medio no se produce en la diabetes.

EXAMEN DEL SIMULADOR

Es frecuente, y más al nivel de los pacientes que han padecido un accidente laboral, encontrar personas que son auténticos simuladores que, fingiendo una patología vertebral, intentan una indemnización económica. Este tipo de individuos pueden estar dispuestos a llegar a una intervención quirúrgica con tal de obtener su objetivo, que es la obtención de dinero por su supuesta lesión. Debido a esta situación, tenemos que realizar algún tipo de exploración que nos indique que estamos ante un simulador, para no cometer el error mayúsculo de realizar su operación. Se trata de personas que han sido evaluadas y exploradas repetidamente, por lo cual conocen los movimientos que les vamos a pedir que realicen y cuál debe ser su respuesta. Dijimos al comienzo de este capítulo que la observación del paciente es fundamental; para poder tener una idea de la patología que puede presentar, este análisis lo debemos realizar de forma exhaustiva en este tipo de personas, no pasando por alto ningún movimiento que realice y anotándolo cómo lo ejecuta.

El hecho de desnudarse se observará atentamente, así como el subirse y el bajarse de la camilla de exploración. Si se queja de un dolor ciático no puede resultar normal que use la "pierna enferma" para comenzar el movimiento de subirse o bajarse de la camilla.

En la exploración no observamos ningún tipo de alteración en la inspección ni en la palpación. No existe una escoliosis antiálgica, ni una rectificación de la lordosis lumbar, ni tampoco una contractura muscular. La palpación en algunos de estos enfermos puede resultar "muy dolorosa", quejándose el paciente continuamente. En estos pacientes aconsejamos la maniobra indicada por McCulloch y Macnah; la percusión y la palpación del sacro resulta normal a no ser que exista un tumor, pero en el simulador si hay una respuesta dolorosa. La realidad es que este tipo de personas conocen que la palpación y la percusión de la zona lumbar tienen que resultar dolorosas, pero no conocen con exactitud cuáles son los puntos que deben tener esta respuesta.

La extensión-elevación de la pierna o Laségue va a resultar muy positiva, pero en cambio el test de lanzamiento y el de pseudoflexión van a ser totalmente negativos. Este hecho nos confirma que no existe una compresión radicular.

La exploración motora nos resulta reveladora. Al efectuar la flexión plantar se realiza automáticamente la flexión del dedo gordo. De forma inversa, al ejecutar la dorsiflexión del pie

se produce también la extensión del dedo gordo. Ambas pruebas nos confirman que no existe compresión de las raíces L5 y S1.

ESTUDIO PSICOLOGICO

La evolución clínica no finaliza con la exploración física del paciente, sino con el estudio psicológico del enfermo. Se admite sin lugar a dudas que muchos cuadros patológicos presentan un origen psicosomático, pero al nivel de la columna no ha sido reconocido de forma general por parte de los médicos hasta hace pocos años.

Al no ser psicólogos ni psiquiatras, nuestras valoraciones y explicaciones que vayamos a realizar pueden resultar simplistas desde el punto de vista de estos profesionales, pero nuestras palabras no van a ir dirigidas a ellos, sino a otros médicos que no poseen los complejos conocimientos de ellos, teniendo por tanto que efectuar una exposición sencilla y comprensible para todos nuestros lectores.

Este grupo de enfermedades que estamos estudiando se caracteriza principalmente por un síntoma: el dolor. Este signo, en posibles situaciones extremas, puede ser percibido primariamente como un arma psicológica para obtener determinados “beneficios”. Por esta razón, para poder definir la naturaleza del síndrome doloroso de los pacientes y la respuesta subjetiva a esta experiencia anormal que está sufriendo el propio individuo, tiene que recurrirse al examen psicológico.

¿Cual es el limite que nos debemos imponer como cirujanos ortopédicos para efectuar este estudio psicológico?, conociendo que dos de cada tres personas han padecido de una lumbalgia alguna vez en su vida. No se puede admitir una idea sencilla de que todo paciente con dolor de espalda es tributario de un estudio de este tipo, ya que debería practicarse a toda la población, afirmación que resulta excesiva para cualquier médico.

¿Cuál debe ser el candidato a estas pruebas específicas?

1. En primer lugar, creemos que es la persona que padece un dolor crónico de espalda y por tanto se encuentra en tratamiento médico desde hace algún tiempo. Sabemos que el 90% de los pacientes con una lumbalgia aguda están curados a los tres meses, independientemente del tratamiento realizado. Es por tanto fácil afirmar que el dolor crónico es aquel cuya evolución es superior a los tres meses.
2. En segundo lugar, consideramos aquellos pacientes en los cuales hay que efectuar algún tratamiento quirúrgico, quimionucleolisis o nucleotomía. Son personas que en su mayoría pade-

cen un dolor crónico y que el propio estudio psicológico nos valorará el posible resultado de la cirugía.

3. En tercer lugar, los enfermos a los cuales se les ha practicado una intervención quirúrgica sin que haya habido mejoría apreciable de su proceso. Estas personas entran en la categoría en que “el dolor” puede significar un “beneficio”, sobre todo si proceden de un accidente laboral o tienen una póliza de seguro que indemnice una incapacidad por su trabajo habitual.

Estos son los condicionantes desde el punto de vista traumatológico, pero no desde la óptica del psicólogo, que vamos a repasar de forma sencilla. Un enfoque primario indica que los pacientes que se encuentran bajo estrés presentan dificultades de adaptación al dolor, desarrollando un considerable nivel de ansiedad. En la dinámica psicológica de estos enfermos pueden aparecer interferencias que frenen su posible respuesta al tratamiento. En esta situación deberán tomarse en consideración los siguientes aspectos:

- a) síndromes dolorosos psicogénicos;
- b) influencia de los factores sociales en el tratamiento médico;
- c) factores motivantes del paciente a la esperanza de la salud;
- d) confianza y seguridad en si mismos (Lawlis y McCoy).

Factores psicogénicos del dolor

Desde la aparición del psicoanálisis, el término “psicosomático”, se refiere a los pacientes que utilizan el dolor como defensa psicológica. Esta defensa se manifiesta primariamente como un síntoma (el paciente utiliza su salud para manipular el medio y restringir su actividad a su conveniencia). Este síndrome ha inducido a exploraciones adicionales para determinar el síndrome psicológico del dolor, que, a su vez, han llevado a la aceptación de que la psicopatología puede, en efecto, interferir en el proceso de rehabilitación.

Las modificaciones psicogénicas del dolor lumbar es una reacción emocional sincera, la cual modifica la apreciación de un dolor orgánico. Usualmente el dolor orgánico no produce incapacidad, pero con las modificaciones psicogénicas sobreviene una incapacidad significativa.

Los síndromes psicogénicos que actúan o que interfieren en el desarrollo del dolor crónico son los siguientes (Seisdedos y RoigFuste):

Hipocondriasis

Es la creencia firme por parte de la persona de que padece una enfermedad, a pesar de existir una evidencia de que esto no es así. Se produce un aumento de la atención hacia las sensaciones propias, llegando hasta el desarrollo de la enfermedad. En definitiva, la hipocondriasis se podría definir como una “excesiva” preocupación por la salud y sugiere la relación neurótica con síntomas físicos.

Depresión

Es posiblemente el síntoma más observado en la clínica e indica una falta de esperanza e infelicidad. Puede resultar, en ocasiones, muy difícil diferenciar cuando es indicativo de un estado de ánimo normal o cuando representa un estado anormal. Para poder efectuar esta diferenciación debe valorarse la intensidad, la duración, los factores desencadenantes y la existencia de otros rasgos psicopatológicos.

La depresión puede ser una enfermedad por sí misma o puede acompañar como un síntoma a otros trastornos mentales o físicos. Es normal pensar que cualquier persona que está sufriendo una enfermedad penosa que puede ser física o mental reaccione deprimiéndose.

Histeria

Describe a la persona que expresa quejas somáticas, principalmente relacionadas con problemas psicosomáticos, aunque también puede describir a personas que, por un exceso de socialización, no pueden expresar emociones en significados directos.

Las alteraciones que pueden llegar a producir son de tipo motor, como los movimientos anormales (paresias, parálisis, tics..., etc.), alteraciones sensitivas (hiposensibilidad o anestesia de una zona corporal), alucinaciones sensoriales, principalmente visuales, que la persona reconoce conscientemente que se trata de una alucinación y dolor en cualquier parte del cuerpo, que es difuso, vago y mal localizado. Los síntomas de conversión pueden simular una enfermedad física o empeorar una verdadera enfermedad.

La personalidad del histérico es extrovertida, locuaz, superficial en las relaciones, lo que no le impide depender de los demás, necesita afecto constantemente, muy sugestionable y con una vida fantástica muy activa.

Desviaciones psicopáticas

Define a un paciente “asocial”, cuya manifestación más corriente son robos, mentiras... Es un trastorno que se inicia muy precozmente, siendo característica la falta de remordimiento por su conducta antisocial, incapacidad para tener emociones profundas, facilidad para la adición al alcohol y/o drogas, conductas autodestructivas e intentos de suicidio.

Paranoia

Los estados paranoides se caracterizan por delirios de referencia, influencia, grandeza o persecución y celos morbosos, no hay alucinaciones. Los delirios aparecen tardíamente, tienen un desarrollo lógico y son sistematizados. Aunque el trastorno se manifiesta tardíamente, existen unas causas en la infancia.

Es una escala considerada como crítica en el proceso de rehabilitación, ya que hace referencia a pacientes muy desconfiados que suelen sentirse perseguidos, acosados, con criterios de autograndiosidad. Todo lo cual incide negativamente en su proceso de curación.

Psicastenia

La obsesión es un pensamiento que no puede ser eliminado mediante un esfuerzo lógico; para reducir su angustia, la persona realiza rituales o actos estereotipados. Incluye a pacientes compulsivos-obsesivos.

Esquizofrenia

Este diagnóstico se aplica a sujetos con graves problemas de conducta. Se caracteriza por la presencia de pensamientos y comportamientos insólitos o extravagantes, apatía y aislamiento emocional.

La esquizofrenia es el rompimiento de la realidad; el paciente tiene una percepción sui géneris de la existencia, no la percibe como todo el mundo.

Hipomanía

Es un estado maníaco moderado. Las personas presentan megalomanía, excitación e hiperactividad, llegando hasta la agitación, irritabilidad y agresividad irracionales. Se les ocurren numerosas ideas y proyectos, pero generalmente no los llevan a cabo.

Factores sociales que influyen en el tratamiento médico.

Suficientes referencias bibliográficas y múltiples experiencias profesionales constatan la incidencia de determinados factores sociales en la evaluación del paciente con dolor crónico.

El primer factor a considerar es si existen pleitos jurídicos pendientes, pues si es así, es posible que interfieran las normales expectativas del paciente ante el tratamiento médico. Con demasiada frecuencia aparecen pacientes cuya neurosis de renta les lleva a intentar retirarse, gracias a una sentencia judicial favorable, y para obtenerla simulan problemas de dolores y malestar físico que interfieren en su actividad profesional al disminuir su capacidad de trabajo.

La situación familiar influye, así mismo, en la evolución del paciente. Si los miembros de la familia son manipulados por el enfermo que manifiesta hostilidad, excesiva dependencia o fomenta algún “prestigio”, por ser el miembro enfermo de la unidad familiar, queda poca motivación para que en ese ambiente se cambie el “patrón de enfermedad”, y más bien se refuerza la beneficiosa condición de “enfermo”.

Si el paciente tiene dolor crónico durante más de seis meses, se acostumbra a la rutina diaria condicionada por el dolor y le asusta reintegrarse al trabajo previo, encuadrado en un mercado competitivo. Esa actitud defensiva está generada por el miedo a ser despedido o a mostrar su debilidad ante sus compañeros; mientras que en la situación de convaleciente encuentra compensaciones tales como la sensación de no vivir en un grupo competitivo, la dedicación y atención por parte de los demás. El cuarto refuerzo social está determinado por la respuesta del paciente al dolor, en la que genera más o menos estrés. Cuando el dolor se acentúa ante estímulos tales como ruidos, gritos o enfados, hay base suficiente para creer que el dolor está, al menos, estimulado y tal vez directamente relacionado con la ansiedad y otras respuestas emocionales. Ante esta situación debe intentarse establecer nuevas pautas de aprendizaje, para que el paciente consiga romper el círculo de dolor asociado a aspectos emocionales.

El trabajo, en si mismo, es un refuerzo social más en la recuperación del paciente. Si el puesto de trabajo no le resulta atractivo, si piensa que sus exigencias son excesivas, o si la compensación del trabajo es menor que la paga que obtiene dado de baja, no estará suficientemente motivado para reintegrarse al trabajo. Pero si, por el contrario, la situación de convaleciente le aburre o le disgusta, o si sospecha que si no se reincorpora antes de finalizar su contrato puede perder el empleo, en esta situación si estará suficientemente motivado para volver al trabajo y esta influirá en la evolución positiva de su enfermedad.

Existen otras enfermedades concurrentes con el dolor de espalda (hipertensión, diabetes...). y en estos casos el “manejo médico”, de todos los síntomas es más difícil. También,

el paciente puede estar bajo un tratamiento medicamentoso que disminuya su motivación (psicotrópicos o drogas del dolor); al estar tomando esta medicación durante largo tiempo puede producirse la alteración del nivel energético del individuo, al mismo tiempo que el umbral de su dolor; todo ello hace que el diagnóstico y el tratamiento se hagan más difíciles. Debe señalarse el problema de la adición física y psicológica a la medicación, factor crítico en cualquier tipo de rehabilitación.

Cuando el tratamiento prescrito es similar a otros anteriores, el paciente tendrá poca fe en su resultado y esta experiencia conduce, a menudo, hacia un sentimiento de desamparo que genera, a la vez, una actitud negativa ante su rehabilitación. En estos casos, se sugiere la conveniencia de informar al paciente sobre las diferencias esenciales y hacerle comprender el camino que hay que seguir.

Factores motivadores en el cuidado de la salud

Confianza y seguridad en sí mismo

Se han estudiado las motivaciones que puede tener una persona para conservar y cuidar su propia salud; para ello se han valido del Health Attribution Test (HAT). De este estudio sofisticado se dedujeron tres posibles factores estadísticos.

- A) El primero fue la propia responsabilidad del individuo en cuidar su salud, encontrándose que son personas que creen en ellos mismos para conservar su salud.
- B) El segundo grupo de personas son aquellas que confían en el médico para atender y solucionar los problemas que puedan presentar. En este conjunto de individuos hay unos que obtienen una baja puntuación, que indica que son totalmente indiferentes a las indicaciones y recomendaciones que reciben.
- C) El tercer grupo de personas son aquellas que piensan que el problema de salud y enfermedad es totalmente una cuestión de suerte, a modo de una “ruleta rusa”, no tomando parte ellos como individuos en este asunto.

Si este estudio se profundiza más, observamos que pueden existir seis perfiles o conductas básicas. El primero de ellos son pacientes que tienen una esperanza realista hacia su propia curación, confiando tanto en sí mismos como en el médico, eliminando por tanto la idea de desamparo. El segundo perfil son aquellos pacientes que creen o tienen el convencimiento de que la salud es una cuestión de suerte, no tienen fe en el médico ni en sí mismos, afianzándose únicamente en los fármacos y presentan una adaptación totalmente negativa a su propia rehabilitación. El tercer perfil son aquellas personas que creen únicamente en su propio esfuerzo para obtener su curación, son enfermos que pueden llegar a ser muy conflictivos en cuanto a sus relaciones con el médico, al querer imponer sus “razones y tratamiento”. El cuarto perfil lo constituyen personas que son totalmente dependientes del médico, pero al mismo tiempo de otros individuos de su entorno, lo cual les hace muy vulnerables a los consejos de sus familiares, que en el caso de ser negativos invalidan los resultados que se pueden obtener con el tratamiento. El quinto perfil son pacientes que se encuentran marcados por la desilusión, siendo muy típica la frase “ya pensaba que no daría resultado” existiendo una total falta de confianza en efectuar el tratamiento indicado. El sexto perfil son pacientes en los cuales la enfermedad les hace perder su

propia confianza, pero que si vuelven a encontrarla tendrán razones para intentar su propia rehabilitación y curación.

Test de psicometría

Como hemos podido comprobar, existen muchas conductas que influyen en la curación del dolor lumbar. Su medición e interpretación ha constituido un auténtico problema, para lo cual se han construido los llamados tests de psicometría, que, como puede comprenderse, existen muchos. En un repaso rápido, encontramos los siguientes: el Índice Médico de Cornell, el Cuestionario del Hospital de Middlesex, el Inventario de la Personalidad de Eysenck, el Cuestionario del Dolor de Melzack. Como todos ellos presentan sus ventajas e inconvenientes, nuestro Departamento de Psicología ha elegido dos tipos de tests: el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) y el Cuestionario de Análisis clínico (CAQ); además, como expusimos en la historia clínica, realizamos de forma rutinaria el Diagrama del Dolor de Mooney. Todos estos tests se completan con la entrevista realizada por el propio psicólogo.

Diagrama del dolor de Mooney

Es el diagrama explicado en el capítulo dedicado a la historia clínica, en el cual el enfermo dibujó su propio dolor sin ninguna influencia por parte de persona alguna. Fue descrito por Mooney, Cairns y Robertson.

En esta representación el paciente puede realizar un modelo perfecto del dolor lumbar o, por el contrario, efectuar grandes aberraciones, como plasmar los trozos fuera de la figura que le sirve de modelo o tener una reproducción confusa, que no es anatómica, abigarrada y con tendencia a simbolizarlo en todo el cuerpo. En el caso de que el dibujo sea “anormal”, son pacientes con dolor lumbar crónico, que pueden haber sufrido varias operaciones y/o presentar alteraciones psicológicas. Ransford describe que las personas que representan su dolor con profundas alteraciones pueden ser englobadas dentro de las escalas de hipocondriasis e histeria del MMPI.

El diagrama del dolor presenta un grave inconveniente, y es que individuos con profundas alteraciones psicológicas pueden efectuar un dibujo totalmente normal, por lo cual su valor es relativo. Al mismo tiempo tiene una gran ventaja, y es que puede realizarse en el contexto de la historia, por lo cual el paciente no tiene ningún inconveniente en llevarlo a cabo, no necesitándose además unos grandes conocimientos de psicología para interpretarlo.

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

Es el test más conocido y usado para estudiar las alteraciones psicogénicas. Como apuntan Seisdedos y Roig-Fuste, el MMPI es un instrumento preciso y manejable, tanto para el clínico como para el investigador, aún poco estudiado en nuestro país y que merece la pena conocerlo. Tiene sus limitaciones, como muy bien dicen estos autores, y que en nuestro medio son problemas de comprensión de lectura al tratarse muchos enfermos de obreros sin cualificar.

El MMPI consta de 566 frases, que se dividen en 550 de autovaloración y 16 repetidas que sirven para poder efectuar la corrección por medio de plantillas. Al observar la gráfica vemos que a la izquierda existe una numeración que corresponde a la puntuación que va a obtener la persona. Se consideran puntuaciones medias las que se aproximan a 50, mientras que puntuaciones altas son las que alcanzan 70 o la sobrepasan, y puntuaciones bajas son, por el contrario, las que llegan a 30 o la rebasan. Las escalas clínicas se encuentran colocadas verticalmente en el gráfico, y las que presentan un valor clínico para el estudio del dolor lumbar crónico son: la hipocondría, la depresión, la histeria, la desviación psicopática, la paranoia, la psicoastenia, la esquizofrenia y la hipomanía; no teniendo importancia desde nuestro punto de vista la masculinidad-femenidad y la introversión social.

De forma breve, y siguiendo a Seisdedos y Roig-Fuste vamos a resumir la significación de cada una de las alteraciones psicogénicas.

La hipocondría (Hs en la gráfica) es la primera escala. Si hay una puntuación elevada, corresponde a una persona preocupada por su salud, que puede llegar a presentar manifestaciones somáticas, expresando sus problemas a través de trastornos físicos y/o cansancio; además es egoísta, narcisista e inmaduro para afrontar sus propias dificultades. Puntuaciones bajas indican que la persona está bien adaptada, optimista, ambiciosa y posiblemente inteligente.

La depresión (D) es la segunda escala clínica. Una puntuación moderadamente alta refleja una forma de ver la vida en sus aspectos más pesimistas. La puntuación baja indica que la persona es optimista, libre de tensión y de ansiedad, activa y con un buen nivel de estabilidad emocional.

La histeria (Hy) es la tercera escala. La puntuación alta indica individuos con molestias somáticas, inseguros e inmaduros. Una puntuación baja nos señala a personas poco atraídas por las relaciones sociales, con tendencia al aislamiento y carentes de tacto.

La desviación psicopática (Pd) es la cuarta escala. Puntuaciones altas nos señalan rebeldía, rechazo de las normas sociales, conflictos con la familia y la autoridad, agresividad, tendencia al alcoholismo y drogadicción. En cambio, una puntuación baja nos indica a personas conformistas y convencionales, moralistas, reservadas y pasivas.

La paranoia (Pa) es la sexta escala. La puntuación alta nos distingue a personas perfeccionistas, rígidas y con proyecciones de culpa y hostilidad. Puntuaciones medias indican buena disposición para el contacto personal, ordenados y participativos. Hay individuos paranoides que obtienen una puntuación baja a causa de la propia desconfianza que muestra el sujeto al realizar la prueba.

La psicoastenia (Pt) es la séptima escala. Una puntuación elevada está frecuentemente acompañada de rasgos depresivos, lo cual debe valorarse como tendencia o peligro al suicidio. Puntuaciones bajas se producen en personas más bien sumisas, sociables y sin preocupaciones indebidas.

La esquizofrenia (Sc) es la octava escala. La puntuación alta se da en personas que huyen de la realidad, evitan el contacto personal, se refugian en sus sueños y fantasías, son apáticos y hostiles. Una puntuación baja se produce en sujetos equilibrados, convencionales, poco imaginativos y con tendencia a la sumisión.

La hipomanía (Ma) es la novena escala. Puntuaciones elevadas las presentan sujetos con tendencia a la megalomanía, excitación e hiperactividad, que pueden llegar hasta la agitación, la irritabilidad y la agresividad. Las puntuaciones bajas indican falta de energía, escasa actividad, indiferencia y motivación.

Al observar el gráfico del MMPI, vemos que antes de las escalas clínicas existen los signos ?, L, F y K, que son las llamadas escalas de validez. Las puntuaciones elevadas en cada una de ellas nos indican las siguientes constantes. En la escala de interrogante (?), falta de colaboración y actitud defensiva frente a la prueba. En la escala de sinceridad (L), puede señalar una distorsión consciente e intencionada, utilización de excesivos mecanismos de defensa, negación y represión. En la escala de validez (F) nos indica que el cuestionario se ha respondido sin prestar atención o al azar, también puede señalar que es un simulador o que exagera sus síntomas en un intento de obtener ayuda. Por último, el factor corrector K puede indicar una actitud defensiva o distorsionante para ofrecer una imagen más aceptable.

Todas estas explicaciones se han efectuado con la intención de que al observar un gráfico del MMPI se puede comprender lo que se encuentra representado, aunque de una forma superficial, ya que el estudio más exhaustivo corresponde al psicólogo que nos emitirá su informe. Hasta ahora nuestro estudio no nos supone ninguna ayuda en la evolución del paciente con dolor lumbar, por lo cual deberemos centrarnos en la temática que nos ocupa, y es si el MMPI nos puede ayudar en la evaluación clínica en este tipo de enfermos.

Conversión V

Este término se usa cuando existe una elevación anormal de la hipocondriasis (Hs o primera escala) y de la histeria (Hy o tercera escala), con una menor elevación de la depresión (D o segunda escala), llamada también triada neurótica. Psicodinámicamente se interpreta como pacientes que enfocan sus dolores físicos en compensación a sus sentimientos de depresión y frustración. Estos pacientes son histéricos clásicos o enfermos con dolor crónico que han desarrollado pautas de comportamiento psicogénico.

Desviación psicopática

Se trata de personas que tienen elevadas la hipocondriasis (Hs o primera escala), la histeria (Hy o tercera escala) y la desviación psicopática (Pd o cuarta escala), con una menor elevación en la depresión (D o segunda escala), en la psicoastenia (Pt o séptima escala) y en la esquizofrenia (Sc u octava escala). Este perfil indica un pronóstico relativamente pobre, incluye al paciente que “se representa a si mismo”, con una intención altamente manipulativa. Aunque estos sujetos suelen ser peligrosos para si mismos y para los demás, son generalmente agradables e inteligentes y su tendencia hacia lo anormal no suele descubrirse hasta que se producen dificultades, ya que esta escala evalúa la incapacidad de beneficiarse de las experiencias y la desconsideración hacia las normas sociales. En los individuos que presentan este perfil existe una gran tendencia para las denuncias de mala práctica.

Desviación esquizoparanoide

Se trata de sujetos que presentan una elevación de la paranoia (Pa o sexta escala) y de la esquizofrenia (Sc u octava escala) con una menor elevación de la psicoastenia (Pt o séptima escala). En estos pacientes el pronóstico de su rehabilitación tampoco es alentador. Si en la esquizofrenia existe una separación entre la vida subjetiva y la realidad, la excesiva susceptibilidad paranoide resalta la dificultad del tratamiento en estos pacientes que son, por ello,

considerados como factores de alto riesgo, con resultados pobres en cirugía y en cualquier otro tipo de tratamiento, debido a su alta capacidad de suspicacia e inestabilidad. Se recomienda usar métodos extremadamente conservadores en el tratamiento de estas personas.

Uso del MMPI para diferenciar el dolor orgánico del funcional

Se utiliza en esta fase el término orgánico como el dolor que está producido por una alteración anatómica, mientras que funcional es aquel dolor en el cual no se puede encontrar ninguna alteración anatómica, ya que todas las pruebas complementarias son normales. Hanvick compara a pacientes que presentan una hernia discal protruida con enfermos funcionales o no orgánicos, encontrando que estos últimos presentan una evaluación más alta en las escalas de hipocondría, depresión, histeria, desviación psicopática, psicastenia y esquizofrenia, siendo relativamente frecuente hallar la conversión V o triada neurótica.

Otros autores han reseñado menos diferencias significativas entre ambos grupos y han cuestionado esta posible diferenciación del dolor “orgánico-funcional”. Sternbach. Wolf. Murphy y Akeson no constataron diferencias en el MMPI en las personas de ambos grupos.

Uso del MMPI para predecir el resultado del tratamiento indudablemente, como en toda actividad científica, hay entusiastas y detractores en cuanto al uso del MMPI como prueba válida para la predicción del resultado del tratamiento.

Wiltzen y Rocchio efectúan un estudio en los enfermos que han sido tratados por medio de quimionucleólisis, observando que aquellos que tenían una puntuación baja en las escalas de hipocondriasis e histeria antes del tratamiento se obtenía un excelente o buen resultado en un 90%, mientras que en aquellos que presentaban una puntuación alta sólo había un 10% de buenos resultados. Oostdam. Duivenvoorden y Pondaag efectuaron su estudio estadístico en enfermos operados, comprobando que aquellos que presentaban un nivel bajo en las escalas de hipocondriasis, depresión e histeria se conseguía un resultado bueno, por lo que afirman que en el 79% de sus enfermos se puede predecir el resultado por medio del MMPI.

Pheasant. Gilbert. Goldfarb y Herron se encuentran en el lado opuesto a los anteriores autores: no encontraron que el MMPI fuese una prueba fiable en la predicción del resultado; Waring. Weiszz y Bruly, en un estudio retrospectivo de 34 enfermos, no hallaron que las escalas de hipocondriasis e histeria sean de valor para predecir un éxito quirúrgico.

Uso del MMPI para pronosticar aquellos pacientes que son reivindicativos

La figura del enfermo que pide una indemnización después de un tratamiento quirúrgico se está imponiendo en nuestro país de una forma progresiva y muy rápida; por ello su estudio es importante, pero a su vez no hay en la actualidad estadísticas que nos informen sobre esta problemática.

Se afirma que el 30% de los pacientes a los que se efectuó una laminectomía obtuvieron una indemnización. Raaf llega más lejos en sus consideraciones, afirmando que el 21% de las personas en las cuales se realizó una laminectomía con un buen resultado desde el punto de vista médico consiguieron posteriormente una compensación económica.

Shaffer, Nussbaum y Little usaron el MMPI en 1.064 personas que habían obtenido una incapacidad laboral posquirúrgica, comparando con el mismo número de individuos que estaban siendo tratados por alguna patología de medicina general. Los resultados fueron muy similares, excepto para la hipocondriasis, de presión e histeria, cuyas puntuaciones se encuentran mucho más elevadas en el grupo de los individuos que habían conseguido una compensación económica. Estos autores también describen el hallazgo de la llamada desviación psicopática en los sujetos que se encuentran inmersos en un proceso legal con elevación de las puntuaciones en las escalas de hipocondriasis, depresión, histeria y desviación psicopática; son sujetos que reflejan cólera, resentimiento hacia la figura de la autoridad y rebeldía. Sternbach, Wolf, Murphy y Akeson denominan “perfil de litigación”, a la llamada desviación psicopática, existiendo una potenciación de los síntomas psicofisiológicos por una oscura “neurosis de renta”.

Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ)

Hemos dicho que una de nuestras dificultades en el uso del MMPI es la comprensión de la lectura por parte de muchos de nuestros pacientes; unido a la búsqueda de un test mas apropiado para la población española, el Departamento de Psicología es el CAQ de forma sistemática, tanto como complemento del MMPI como en aquellos enfermos en los cuales no ha sido posible su aplicación.

El CAQ consta de 144 frases para el estudio de 12 escalas clínicas, que son: la hipocondriasis, la depresión baja energía, la culpabilidad-resentimiento, la apatía-retirada, la paranoia, la desviación psicopática, la esquizofrenia, la astenia y el desajuste psicológico.

Si observamos la gráfica, vemos que existen unos cuadros que marcan las escalas. La D1 indica, cuando su puntuación es baja, que el sujeto está contento, su mente trabaja bien y no tiene temores por la salud; en cambio, cuando la puntuación es elevada hay una preocupación por la salud y alteraciones funcionales corporales. La D2 marca satisfacción por la vida e puntuaciones bajas e insatisfechos en el caso de una puntuación alta. La D3 indica, cuando la puntuación es baja, que la persona evita los peligros y siente poca necesidad de excitación, en caso de una puntuación elevada existen los sentimientos contrarios. La D4 señala, cuando hay una puntuación baja, que la persona mantiene la calma en situaciones difíciles, confiado; en cambio en las puntuaciones altas indica tensión y fácilmente perturbable. La D5 en puntuaciones bajas subraya que el individuo es enérgico, muestra entusiasmo por el trabajo y duerme profundamente en cambio, la puntuación alta indica que hay intranquilidad, preocupación y falta de energía. La D6 señala, cuando la puntuación es baja, que el sujeto no presenta sentimientos de culpabilidad, mientras que cuando la puntuación es alta están presentes estos síntomas y además autocrítica. La D7 indica que es animoso, considerado y relajado en el caso de una puntuación baja, mientras que evita los contactos interpersonales cuando obtiene una puntuación alta. La Pa muestra, cuando la puntuación es baja, que la persona es confiada y no le afecta la envidia, en el caso de una puntuación alta cree que le persiguen, le controlan o le espían. La Pp señala que es sensato. evita implicarse en actos ilegales transgredir las normas. mientras que las puntuaciones altas indican que mantiene una conducta antisocial y no le ofenden las críticas. La Sc subraya que los individuos con puntuaciones bajas evalúan con realidad a otros y a sí mismo. mientras que las puntuaciones altas señalan que hay un alejamiento de la realidad con impulsos repentinos e incontrolados. La As indica, en el caso de una puntuación baja, que no le molestan las ideas y pensamientos inoportunos. mientras que cuando se produce una puntuación alta hay ideas repetitivas e insistentes. Por último, la Ps muestra, en el caso de una puntuación baja, que el sujeto se considera tan capaz, confiado y agradable como los demás, mientras que las puntuaciones altas indican pensamientos de inferioridad e inutilidad, timidez y pierde la cabeza con facilidad. Todas estas descripciones han sido tomadas de Seisdedos.

Considerando todos estos elementos, desde el punto de vista clínico, la mayor importancia se encuentra en las puntuaciones altas. Como podemos observar, el CAQ tiene una menor utilidad en los datos que nos suministra para el dolor lumbar crónico. En las escalas que

hemos descrito, la D1 muestra una mayor importancia, ya que se refiere a los temores que tiene el sujeto ante su propia salud. La Pp muestra la conducta antisocial debiendo ser también valorada.

Influencia del estudio psicológico en la evaluación del paciente es posiblemente una de las variables que más nos preocupa en la actualidad, ya que se nos presenta en muchos casos la disyuntiva de decidir que tratamientos debemos efectuar en pacientes en los cuales los factores psicogénicos son adversos.

Pensamos que aquellas personas en las cuales existe una conversión y/o una desviación esquizoide-paranoide muy marcada debe evitarse todo tratamiento complicado, incluyendo el quirúrgico, ya que el resultado será frecuentemente “malo”. En pacientes que presentan una marcada desviación psicopática, el peligro de vernos implicados y acusados de un error médico es manifiesto, por lo cual se aconseja una cierta reserva ante estas personas.

En enfermos en los cuales no existan estas desviaciones de las escalas tan marcadas, pero que presentan puntuaciones altas en la depresión, histeria, hipocondriasis o en la psicastenia es conveniente efectuar un tratamiento previo psicológico-psiquiátrico, ya que muchos de ellos presentarán una mejoría del dolor lumbar crónico sin necesidad de una terapia especial por nuestra parte.

A pesar de mantener estos criterios generales, es muy posible que existan enfermos en los cuales no sepamos que “hacer con ellos”. En estos casos es conveniente mantener una conversación y cambio de impresiones con el psicólogo, para que nos informe de lo que piensa, ya que él tiene la información completa al haberle evaluado tanto por los tests de psicometría como por la entrevista. Después de esta información adicional y ante el cuadro clínico que presenta el enfermo, se tomará la decisión del tratamiento más adecuado. Hay que tener muy presente que los factores psicológicos son muy importantes en la evolución de los individuos con dolor crónico lumbar.

Estas consideraciones son realmente importantes si se trata a pacientes procedentes del mundo laboral, ya que muchos de ellos consideran que tienen ya ganada una “pensión”, por el hecho de tener su columna “enferma”.