

### **EL DIAGNOSTICO FALLIDO DE LA ESPONDILO-ARTROSIS CERVICAL, PARADIGMA DE LA NECESIDAD DEL DIAGNOSTICO MULTIAXIAL**

Conrado SURRIBAS FIGULS.  
Director Médico de CLINIBAL.  
Caldes de Montbui (Barcelona).

Se consideran las características esenciales de los cuadros de artrosis cervical estricta y bien diagnosticables para diferenciarlos de aquellas formas clínicas de diagnóstico más complicado por la misma multiplicidad de su sintomatología y que, con frecuencia, se acompaña de intensa ansiedad, sensaciones vertiginosas y otros posibles trastornos pero siempre con ausencia de enfermedad orgánica que pueda justificar todo el abigarrado cuadro sintomático que aqueja al enfermo. Tal ocurre en el Síndrome Psicógeno del Aparato Locomotor (SPAL) tal y como lo definió BOLAND en 1960. Este síndrome se relaciona con trastornos músculo-esqueléticos de partes blandas cuyos ítems de identificación son:

- 1) Dolor de frecuencia e intensidad predominantemente nocturno sobre el diurno.
- 2) El dolor mejora inicialmente con el movimiento, pero empeora al continuar la actividad física y aumenta.
- 3) Existen puntos "gatillo" que son dolorosos a la palpación y aumentan el dolor.

¿Qué conducta ha de seguirse ante un Síndrome Psicógeno del Aparato Locomotor?

El médico ha de tener en mente que su acto terapéutico ha de conseguir romper el círculo vicioso:

Dolor — Espasmo — Tensión — Dolor

En primer lugar, naturalmente, ha de excluirse una enfermedad generalizada, procediendo a continuación de la siguiente manera:

— Reconocimiento y eliminación de los factores agravantes o desencadenantes (valoración de la incidencia de factores psíquicos como tensión emocional, depresión, etc...)

— Explicar adecuadamente al paciente el origen y la causa de su dolor.

— Instruir al paciente sobre algún programa de fisioterapia (de especial importancia un adecuado tratamiento hidroterápico).

— Aliviar el dolor.

De lo referido hasta ahora se desprende que no es posible realizar un diagnóstico monolítico, rígido, a un paciente afecto de SPAL, entre otras consideraciones porque el tratamiento posterior puede variar hasta el punto de condenar a un paciente con un dolor agudo cervical a portar un collar de plástico, cuando en realidad lo que se requiere es una intervención en el plano psicoemocional del sujeto.

El diagnóstico multiaxial consiste en el desglose del complejo sindrómico en cinco ejes diagnósticos:

Eje I: Síndrome clínico (siguiendo con el ejemplo mencionado puede tratarse de un Trastorno Conversivo o Neurosis Histérica, tipo Conversivo).

Eje II: Evaluación de datos de la personalidad premórbida del sujeto.

Eje III: Trastornos y estados físicos (se valora la implicación de las imágenes radiográficas obtenidas).

Eje IV: Gravedad del estrés psicosocial que presenta el sujeto. En una puntuación de 1 a 6 Ausente... Castastrófico.

Eje V: Evaluación global del paciente mediante la escala de GAF. La puntuación va de 9 a 1 - Ausencia de síntomas.... peligro persistente de lesiones para sí mismo o a los demás.

El diagnóstico multiaxial contribuye en buena medida a una mayor comprensión de la queja del cuerpo cuando existe un sufrimiento moral. Si bien es cierto que es propio de la ciencia encontrar cosas que no busca -llamada esta operación fortuita serendipity en recuerdo de los príncipes del cuento de Walpole que tras haber dado la vuelta al mundo en busca de un objetivo sin alcanzarlo se percatan de que, a cambio, se habían enriquecido con conocimientos y experiencias-, también lo es que mediante el diagnóstico multiaxial no hemos de "encontrarnos" con un Síndrome Psicógeno del Aparato Locomotor, sino que cuando un paciente nos propone una sintomatología sugestiva de ello hay que "buscarlo".