

PRIMERA PONENCIA:

ESPONDILOARTROSIS Y BALNEOTERAPIA

Presidente: Josefina SAN MARTIN BACAICOA. Presidenta de la S.E.H.M.

Moderador: Juan Carlos SAN JOSE RODRIGUEZ. Vocal de la Junta Directiva de la S.E.H.M.

TRATAMIENTO BASICO DE LA ESPONDILOARTROSIS

Adolfo SELIGRA FERRER. Prof. Titular de Rehabilitación y Medicina Física. Universidad de Valencia.

La enfermedad degenerativa del raquis se produce en mayor o menor medida en todas las personas que superan la cuarta o quinta década de la vida, si bien la gravedad y el ritmo de evolución de la misma son muy variables, dependiendo de factores heredo-familiares, sociales y laborales, entre otros.

Las alteraciones degenerativas discales, con los cambios bioquímicos y sus consecuencias histopatológicas, tienen gran importancia en la génesis de las alteraciones reumático-degenerativas de la columna vertebral. La desecación del disco intervertebral y el endurecimiento y fragilidad del núcleo, producen una disminución de la altura del mismo, un aumento de la presión en las carillas articulares y con el tiempo el desarrollo de fenómenos osteofíticos. Para comprender la fisiopatología del cuadro doloroso de la columna vertebral es preciso introducir el concepto de "segmento móvil" de JUNGHANNS como el espacio comprendido entre dos cuerpos vertebrales con el disco, las articulaciones intervertebrales, los ligamentos y los agujeros de conjunción. El "segmento móvil" considerado como unidad fundamental, comprende también la musculatura, el tejido celular subcutáneo y los nervios y vasos que atraviesan los agujeros intervertebrales. Dada la relación funcional de todas estas estructuras, una alteración degenerativa ocasiona contracturas, miogelosis, tendinitis, celuralgias y radiculopatías en las zonas referidas del "segmento móvil" alterado. Estas alteraciones que podemos reconocer en la exploración física del paciente representan los signos

clínicos de más valor a la hora de plantear la actuación terapéutica, ya que resulta bien conocida la falta de correlación entre los hallazgos radiológicos y las manifestaciones clínicas.

Anamnesis y exploración de la columna vertebral.

No solamente por lo expuesto, sino porque el enfoque terapéutico de estos cuadros dolorosos, se debe basar en el descubrimiento de los síntomas y signos característicos, ninguna prueba complementaria puede sustituir a una completa y sistemática anamnesis y exploración clínica.

La anamnesis nos proporcionará datos sobre la predisposición hereditaria, factores laborales y hábitos posturales y gestuales en relación con el raquis. Las características del dolor señalado por el paciente, son de gran valor para establecer el origen y la patogenia del mismo. La descripción de un dolor profundo, no referido, impreciso, mal localizado, continuo, sordo, frecuentemente acompañado de contractura y que aumenta con la presión y/o el pellizco rodado nos está indicando un origen escleratígeno miofascial. Por el contrario, un dolor profundo (vainas) o superficial (fibras nerviosas), de distribución segmentaria, preciso, bien localizado, intermitente, paroxístico con un fondo continuo, acompañado de parestesias y de predominio nocturno, nos orienta hacia un origen neurógeno. El ritmo del dolor a la largo del día

puede resultar así mismo significativo. El dolor que aparece progresivamente a lo largo de la jornada, es a menudo típico de la espondiloartrosis.

La exploración clínica se fundamenta en los elementos básicos del examen físico general:

Inspección; Palpación; Movilidad y Examen neurológico.

La inspección del paciente desnudo da la primera impresión general sobre la actitud postural. Alteraciones o asimetrías en las curvas fisiológicas, en los perfiles, los triángulos del talle, en la altura de los hombros, escápulas o pliegues glúteos, así como de los miembros, nos orientan en los criterios para juzgar las desviaciones en relación con la postura normal. Prestaremos especial atención a las "posturas antálgicas" (ciática), así como otras posiciones compensadas (dismetrías). La inspección se llevará a cabo también en los movimientos que realice el paciente cuando se desnude o cambie de postura, especialmente para obtener información sobre simulación o sinistrosis.

La palpación nos sirve para apreciar el tono de la musculatura paravertebral y descubrir zonas de "miogelosis", contracturas musculares, celulalgias (maniobra del pellizco rodado) o puntos "gatillo". Para localizar las zonas o segmentos vertebrales responsables, se presionarán las apófisis espinosas, recordando que las zonas de irritación teno-mio-celulálgica se encuentran a una distancia de unos tres dedos de la apófisis espinosa correspondiente.

El examen de la movilidad del raquis nos sirve para comprobar las limitaciones y el desencadenamiento del dolor en flexión, extensión, lateroflexiones o rotaciones. Estos datos representan una valiosa orientación tanto diagnóstica como terapéutica a la hora de prescribir los ejercicios adecuados.

Finalmente, dada la implicación neurológica que frecuentemente acompaña la patología discal y/o espondilartrósica, deberemos realizar una exploración neurológica que incluye maniobras de elongación radicular, reflejos osteotendinosos, balance de fuerza muscular y sensibilidad.

Tratamiento general fisioterápico

Dadas las características de la espondiloartrosis, en la que la cronicidad y evolutividad determinan junto con la irreversibilidad, el curso de la misma, se comprende que el tratamiento básico debe apoyarse en medidas paliativas, sintomáticas y pre-

ventivas que posean los menores efectos secundarios y puedan ser aplicadas "larga manu" si es preciso. Estas características no las reúne la farmacopea y sí en cambio las diversas técnicas de fisioterapia, tanto natural como de producción artificial. Por tanto, vamos a señalar brevemente los diversos agentes físicos que utilizamos en el tratamiento de la espondiloartrosis, con referencia de sus indicaciones y mecanismos fisioterapéuticos que los aconsejan.

TERMOTERAPIA

La aplicación de calor en el caso de brotes dolorosos agudos, subagudos o crónicos representan una forma sencilla y eficaz de tratamiento generalmente complementario de otras terapéuticas. Se utiliza sobre todo cuando el cuadro clínico tiene las características descritas de dolor "escleratígeno" y predomine el espasmo muscular y la rigidez articular. Las modalidades van desde sencillas compresas calientes o termóforos a formas de calor irradiado superficial (lámparas de infrarrojos) o profundo (alta frecuencia). Cuando se aplica esta última modalidad, bien en forma de onda corta o de microondas, se administran al menos diez sesiones. Si el estado del paciente se mantiene invariable, se considera inútil proseguir con esta terapéutica, pero si se insinúa una mejoría es aconsejable administrar hasta 20 sesiones.

Una forma de termoterapia profunda muy aconsejable en los casos avanzados y crónicos de espondilartrosis, es la aplicación de ultrasonidos. Aunque pertenecen al espectro cinético producen por vía mecánica compresiones y descompresiones de las partículas de los tejidos que se transforman en calor en el seno de los mismos. Se aplican en forma de electrodo deslizante para evitar los fenómenos indeseables de cavitación. La principal indicación de los ultrasonidos son las afecciones degenerativas de la columna vertebral que cursan con periostitis y tenomiositis acusadas.

ELECTROTHERAPIA

La utilización de diversas modalidades de corrientes eléctricas en la espondilartrosis, se basa por un lado en los efectos analgésicos y tróficos que poseen y por otro en la frecuencia con la que aparecen neuralgias, parestias y trastornos atróficos en las afecciones degenerativas del raquis.

La acción analgésica de las corrientes eléctricas sería debida a la elevación del umbral doloroso de las terminaciones libres, a la interferencia del

“mensaje” nervioso de las fibras sensitivas y a la llamada “compuerta medular” que al inducir eléctricamente mensajes sensitivos exteroceptivos, provocarían el bloqueo presináptico de los influjos nociceptivos a nivel del asta posterior de la médula.

En la actualidad existe una gran oferta de corrientes analgésicas eficaces para tratar estas afecciones dolorosas de la columna. Las más eficaces según nuestra experiencia son las corrientes ultraexcitantes de Traebert, las corrientes interferenciales de Nemec y el TENS. Las indicaciones fundamentales son los cuadros dolorosos con características de dolor neurógeno, es decir las ciatálgias y radiculalgias braquiales e intercostales.

TRACCIONES O ELONGACIONES VERTEBRALES

Las tracciones vertebrales constituyen un procedimiento terapéutico que comenzó a utilizarse empíricamente desde muy antiguo con resultados satisfactorios en muchos casos. La tracción provoca una elongación de los componentes fibroelásticos de la columna vertebral y de la musculatura. Estudios radiográficos practicados han revelado que el aumento que se obtiene de los espacios discales es tan pequeño y persiste tan escaso tiempo, que no resulta convincente explicar la mejoría obtenida por este mecanismo. La teoría más aceptada sobre los efectos beneficiosos estaría en relación con la dilución de llamada “tenaza muscular”, que a su vez disminuiría la presión sobre los elementos nerviosos y vasos sanguíneos, desapareciendo los edemas e irritación nerviosa.

Las técnicas generalmente utilizadas son:

- La tracción continua que se puede realizar con sistemas sencillos y poco costosos mediante la suspensión de pesos en una polea o
- La tracción intermitente con periodos alternativos de tracción-distracción realizados con motores eléctricos.

El segmento de la columna donde resulta más eficaz este procedimiento terapéutico es el raquis cervical. Generalmente se comienza con sesiones de 4 a 6 minutos y 3 kg. de fuerza, para aumentar progresivamente hasta los 8-10 kg. y 20 a 30 minutos.

La tracción de la columna lumbar resulta en general menos efectiva, aunque también constituye un procedimiento válido, sobre todo si se dispone de mesas de extensión mecánica donde en régimen ambulatorio se aplican 3 días a la semana comenzando con 6 a 10 kg., aumentando 1-2 kg. por día

hasta alcanzar al final del tratamiento tracciones de 20 a 30 kg. y 30 minutos de tiempo. El número de sesiones varía desde 12 a 20 dependiendo de la respuesta del paciente.

EJERCICIOS

Está generalmente aceptado que la prescripción de ejercicios adecuados en las llamadas raquialgias “mecánicas” o posturales constituye una terapéutica eficaz en la mayoría de los casos.

En las afecciones generativas de la columna no tendrían la misma aceptación. Sin embargo, también en estos casos un plan de ejercicios bien prescrito y correctamente desarrollado, puede contribuir significativamente a mejorar clínica y funcionalmente al paciente. Al menos existirán dos razones para ello; la primera porque aunque la génesis del dolor reside en las alteraciones degenerativas discales, a estas se suman las alteraciones biomecánicas y en segundo lugar porque el efecto protector que desarrollan los ejercicios conviene más o menos igual a una columna biológicamente degenerada.

Un principio fundamental para la eficacia de un programa de ejercicios es que éste deberá ser individualizado. Señalábamos anteriormente la importancia que tenía la exploración física del paciente y en especial las características del dolor así como las maniobras del raquis que lo exacerban para prescribir adecuadamente el tipo de ejercicios recomendados.

En general nos vamos a encontrar con pacientes que se benefician de ejercicios en flexión, otros que mejorarán con un plan de ejercicios en extensión y otro grupo que solamente estarán indicados los ejercicios isométricos.

Pacientes en los que el dolor se alivia al sentarse o con posturas que producen una flexión momentánea del raquis y que por el contrario aumentan con la bipedestación, al caminar o con la extensión, estarán indicados los ejercicios en flexión.

Los pacientes que alivian su dolor al acostarse y que por el contrario les aumentan las molestias al conducir, al sentarse o con la flexión del tronco, deberán realizar una serie de ejercicios en extensión.

Finalmente cuando nos encontramos con pacientes de edad avanzada, con una movilidad restringida y que tanto las maniobras de flexión como las de extensión resultan molestas, deberán realizar ejercicios isométricos de los músculos abdominales.

Estos ejercicios específicos deberán comple-

tarse con un mejoramiento postural.

Hasta la quinta década de la vida la postura se mantiene con los elementos pasivos y el tono muscular de un modo inconsciente. A partir de esta edad debería educarse a la población para enderezar y cuidar su postura de modo consciente, explicándole los beneficios a largo plazo de este tipo de cuidado. El concepto sueco de "back school", se basa precisamente en que los pacientes comprendan los factores anatómicos, bio-mecánicos y

socio-laborales para controlar y prevenir los dolores de espalda.

Por último queremos señalar que en muchos casos es preferible "perder" el tiempo explicando al paciente los fundamentos de la educación postural y gestual, que aplicarle de modo indiscriminado un conjunto de terapias físicas o farmacológicas, cuyos resultados resultan a menudo mucho menos eficaces y duraderos.

balneario **NUEVO TERMALISMO**
Fuentepodrida

AGUAS SULFURADAS - CALCICAS - SULFHIDRICAS
Baños • Masajes • Aerosoles • Mecanoterapia • Electroterapia

TRATAMIENTO MEDICO E HIDROTERAPICO EN PROCESOS
REUMATICOS CRONICOS, AFECCIONES CRONICAS DE LAS VIAS
RESPIRATORIAS Y DE LA PIEL

PROGRAMA DIETA Y EJERCICIO PARA OBESIDAD
CURAS DE DESCANSO

ASISTENCIA MEDICA PERMANENTE
REQUENA (VALENCIA)
Teléfs.: (967) 47 00 09 • (96) 377 31 37/377 49 54