

LUMBALGIA MECÁNICA CRÓNICA Y TRATAMIENTO TERMAL

MARTINEZ GALAN, Inés*

RESUMEN

Se ha estudiado la eficacia del tratamiento termal con agua sulfurada-bicarbonatada-sódica, en un grupo de 19 pacientes afectos de lumbalgia mecánica crónica, resultando estadísticamente significativo para el tratamiento del dolor y la contractura paravertebral, permitiendo disminuir el tratamiento farmacológico.

RESUMÉ:

On a étudié l'efficacité du traitement thermal avec des eaux sulfurées bicarbonatées sodiques, dans un groupe de 19 patients atteints de lombalgie mécanique chronique. Les résultats sont statistiquement significatives pour le traitement de la douleur, de la contraction des muscles paravertébraux, et on a permis la diminution du traitement médicamenteux.

SUMMARY:

The efficiency of thermal treatment with a sulfur, bicarbonated and sodium water was evaluated in a 19 patients group complaining of chronic mechanic low back pain. The following parameters with a statistic meaning were obtained: pain improvement and contraction of the paravertebral muscles, allowing a decrease in the pharmacological treatment.

PALABRAS CLAVE (Key words):

Lumbalgia crónica - Balneoterapia - Aguas sulfuradas.

1. INTRODUCCION

El síndrome de dolor lumbar es uno de los trastornos que más frecuentemente afectan al hombre. Se ha estimado que el 80% de la población mundial presentará dolor lumbar en algún momento de

la vida, siendo ésta la principal causa de pérdida de días de trabajo. En E.E.U.U. se ha informado de una pérdida de 1.400 días por 1.000 trabajadores y en Gran Bretaña esta cifra asciende a 2.600 días (5).

En el medio balneario es, igualmente, uno de los motivos de consulta más frecuente junto con los procesos degenerativos de diversa localización.

Las causas de dolor en la región lumbar son muy numerosas, varían desde trastornos congénitos, hasta estados traumáticos, procesos inflamatorios, degenerativos, enfermedades infecciosas, metabólicas y neoplasias primarias o metastásicas. Además, en muchos pacientes con trastornos viscerales abdominales, el dolor lumbar puede ser la primera manifestación (6). De entre todas ellas, las más frecuentes son las debidas a alteraciones de la postura, malformaciones lumbosacras y las de origen degenerativo (4).

En cuanto al tratamiento termal de estos procesos, Bert et al, consideran que se obtiene mejoría en el 70-80% de los casos cuando se prescriben 3 curas (2), siendo las aguas sulfuradas hipertermales, junto con las radiactivas y cloruradas, las más indicadas en este tipo de procesos, administradas tanto en balneación como en duchas y/o chorros.

En el caso de las aguas sulfuradas hipertermales, además de una acción antiálgica, hay que añadir una acción eutrófica sobre el cartílago y la presencia de bariégina que confiere a estas aguas una untuosidad particular que favorece el masaje (3).

El Prof. Armijo Valenzuela considera igualmente que, en las espondiloartrosis, la crenoterapia en sus distintas formas puede constituir el tratamiento de elección al facilitar la aplicación simultánea de calor, la práctica de ejercicio en desgravación y la aplicación de masajes (duchas o chorros) (1).

En el presente trabajo, se ha intentado evaluar los resultados obtenidos en un grupo de pacientes, afectos de lumbalgia mecánica crónica, tras el tra-

* Médico. Especialista en Hidrología.

tamiento termal con aguas sulfuradas-bicarbonatadas-sódicas e hipertermales. (Lugo-Termas romanas)

2. MATERIAL Y METODO

Se seleccionó al azar un grupo de 20 pacientes diagnosticados de lumbalgia mecánica crónica y sin otras patologías añadidas.

Uno de ellos abandonó el tratamiento por decisión propia, quedando la serie reducida a 19 pacientes. La media de edad fue de 56,05 años, con un mínimo de 34 años, un máximo de 70 años y una desviación típica de 9,04. De ellos, 9 (47,37%) eran hombres y 10 (52,63%) mujeres, lo cual se ajusta a una distribución normal.

En cada paciente se realizó una valoración previa al tratamiento termal, recogiendo los siguientes datos:

- Edad, sexo, profesión.
- Presencia de dolor y sus características.
- Presencia de rigidez y su duración.
- Dificultad a la deambulación.
- El tratamiento farmacológico.
- La realización de tratamientos termales previos.
- En la exploración se valoró la existencia o no de:
 - Desviación de la columna vertebral.
 - Asimetría de los miembros inferiores.
 - Rectificación de la lordosis lumbar.
 - Contractura paravertebral.
 - Dolor a la presión en las apófisis espinosas.
 - Distancia dedo-suelo (cm) en flexión lumbar máxima.
 - Signo de Lasègue.
 - Dolor a la distensión del nervio Femoral.
 - Reflejos osteotendinosos rotuliano y aquileo.
 - Alteraciones de la sensibilidad.
 - Pulsos periféricos.

El tratamiento se realizó con agua sulfurada-sódica e hipertermal. En 10 de los casos (52,63%) se administraron 11 ó 13 sesiones de Baño y Chorro y en los 9 restantes (47,37%) 11 ó 13 sesiones de Baño de Hidromasaje y Chorro.

Los Baños se aplicaron a 38°C durante 15 minutos y los Chorros a 42°C durante 5 minutos, variando la presión según la tolerancia del paciente. Después de cada sesión se prescribió reposo durante al menos media hora.

Al finalizar el tratamiento se realizó una revisión de los parámetros valorados inicialmente.

El análisis estadístico de los datos obtenidos se efectuó mediante la t de Student para las variables

cuantitativas y mediante la prueba exacta de Fisher en las cualitativas.

3. RESULTADOS

Del grupo de pacientes estudiados, 18 (94,74%) presentaban dolor lumbar de características mecánicas y el caso restante no lo presentaba en el momento de realizar el tratamiento. En 13 (72,22%), el dolor se desencadenaba con alguna postura o actividad, apareciendo tras la deambulación en 8 pacientes, si bien sólo en uno de ellos lo hacía antes de los 500 metros. En 6 casos (33,33%) el dolor se irradiaba a miembros inferiores.

La rigidez estaba presente en 7 pacientes (36,84%), teniendo una duración inferior a media hora en todos los casos excepto uno.

De los 19 pacientes estudiados, 10 (52,63%) realizaban habitualmente algún tipo de tratamiento farmacológico y de ellos 9 (47,37%) recibían antiinflamatorios no esteroideos, 2 (10,53%) analgésicos y 2 (10,53%) complejos vitamínicos del grupo B.

En cuanto a la realización de tratamientos termales previos, 13 pacientes (68,42%) acudían por primera vez a un balneario y de los 6 restantes, 5 habían realizado este tipo de tratamiento en 3 o más ocasiones, 4 de ellos (66,67%) refirieron haber disminuido o abandonado completamente la medicación tras el tratamiento termal.

En la exploración, se observó en 13 casos (68,42%) dolor a la palpación en las apófisis espinosas, 9 pacientes (47,37%) presentaban contractura paravertebral, en 4 (21,05%) existía desviación lateral de la columna, en 1 (5,26%) se objetivó rectificación de la lordosis lumbar y en otro caso (5,26%) se encontró asimetría de los miembros inferiores. La capacidad de flexión lumbar estaba disminuida en todos los casos, los valores de la distancia dedo-suelo en flexión máxima se muestran en la figura 1.

El signo de Lasègue fue positivo en 6 casos (31,58%). Se presentan en la figura 2 los grados de Lasègue de estos pacientes antes y después del tratamiento termal. La maniobra de distensión del nervio femoral fue dolorosa en 5 casos (26,32%).

Los reflejos rotulianos fueron normales en 18 casos (94,74%) estando disminuidos en el caso restante. Los reflejos aquileos fueron normales en todos los casos. Existían alteraciones de la sensibilidad en 2 pacientes (10,52%) y los pulsos periféricos estaban presentes en todos los pacientes.

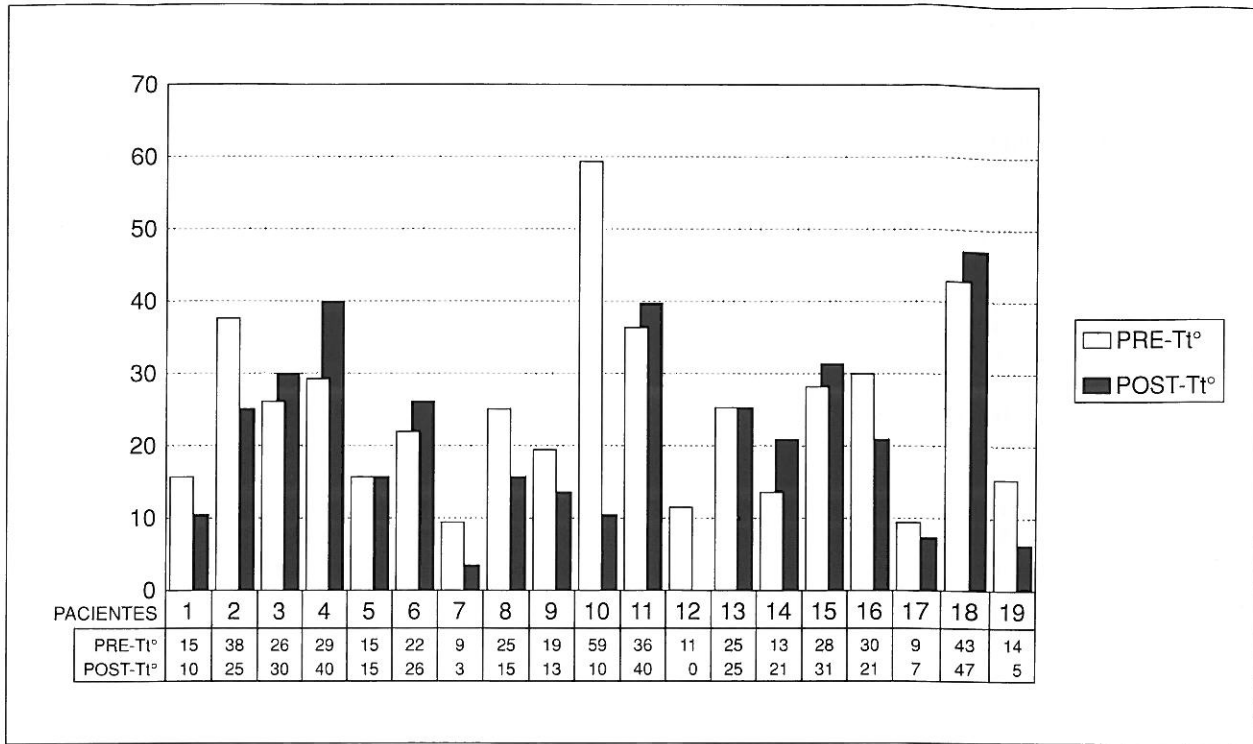


FIGURA 1. Distancia dedo-suelo en flexión lumbar máxima pre y post tratamiento.

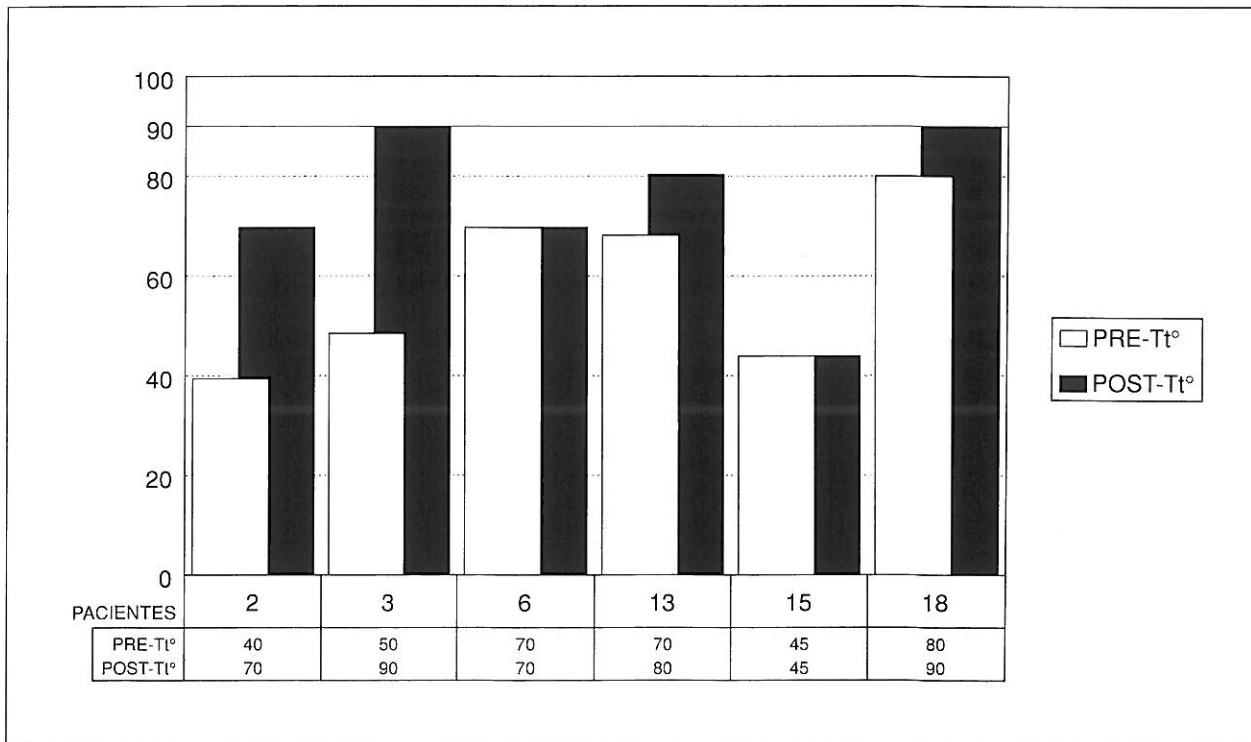


FIGURA 2. Lasègue (grados) pre y post-tratamiento.

Tras la realización del tratamiento termal se procedió a evaluar los parámetros anteriores obteniéndose los siguientes resultados:

En 14 (77,78%) de los 18 casos que presentaban dolor, éste había disminuido o desaparecido, quedando igual en los 4 casos restantes (22,22%). La prueba exacta de Fisher arroja con estos datos un resultado claramente significativo ($p = 0,00001$).

La rigidez había disminuido en 5 (71,43%) de los 7 pacientes que la presentaban, no modificándose en los casos restantes, pero la diferencia no es estadísticamente significativa ($p = 0,06$).

De los 10 pacientes que realizaban tratamiento farmacológico, 6 (60%) lo disminuyeron o lo abandonaron, lo cual tiene significación estadística ($p = 0,045$).

Se objetivó disminución de la contractura paravertebral en 5 casos (55,56%) y desaparición en 4 (44,44%), lo que supone una mejoría en un 100% de los casos. También estos datos se mostraron estadísticamente significativos aplicándose la prueba exacta de Fisher ($p = 0,041$).

De los 13 pacientes que presentaban dolor a la palpación de las apófisis espinosas, en 4 (30,77%) disminuyó la sensación dolorosa y en otros 4 el dolor desapareció completamente, lo que supone una mejoría en un 61,54%, no modificándose en el 38,46% restante. El valor obtenido para p en este caso es de 0,0039, claramente significativo.

De los 6 pacientes que tenían un signo de Lasègue positivo al inicio del tratamiento, ninguno empeoró, mejoraron 4 casos y permanecieron igual 2. El estudio estadístico de la mejoría, valorada en grados, resultó casi significativo con una t de Student de 2,2361 ($p = 0,075$) y aplicando el mismo test a la capacidad de flexión lumbar, valorada mediante la distancia dedo suelo (cm), se obtuvo un resultado no significativo ($p > 0,1$).

El resto de los parámetros valorados no se modificaron tras el tratamiento termal.

Se realizó, asimismo, una comparación entre el grupo de pacientes al que se administró Baño y Chorro y el grupo de los que recibieron Baño de Hidromasaje y Chorro no encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos.

La comparación del grupo de pacientes que había realizado tratamientos termales previos con el grupo que acudía por primera vez a un balneario tampoco resultó significativa.

4. CONCLUSIONES

A la vista de los resultados estadísticos, se puede concluir que la balneoterapia con aguas sul-

furadas-bicarbonatadas-sódicas resulta eficaz en el tratamiento del dolor lumbar crónico y la contractura paravertebral, permitiendo disminuir el uso de fármacos.

La mejoría obtenida en el signo de Lasègue resultó ser casi significativa, no siendo concluyente, dado el reducido tamaño de la muestra.

Igualmente, se infiere del análisis estadístico que no existe diferencia entre realizar tratamiento con baño o baño de hidromasaje, por lo que ambas técnicas estarían igualmente indicadas.

En ningún caso se presentaron reacciones adversas, ni agravamiento del proceso, lo que permite afirmar que la balneoterapia es un tratamiento seguro de las lumbalgias mecánicas crónicas, siempre que no exista contraindicación.

El hecho de no existir diferencias significativas entre el grupo de pacientes que han realizado tratamientos termales previos con el grupo que realizaba su primera cura, no permite concluir que la mejoría sea independiente del número de tratamientos, ya que el número de pacientes del primer grupo era reducido para este tipo de estudios.

Dado el tamaño de la muestra, estas conclusiones no son definitivas, siendo necesario la realización de estudios con series más amplias, y con un seguimiento de los pacientes a medio y largo plazo, que permitiera conocer la duración de estos efectos.

En cualquier caso, nuestros datos son similares a los presentados por Constant, F. et al en el XXXII Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Hidrología y Climatología Médicas (I.S.M.H.) celebrado en Alemania en 1994.

AGRADECIMIENTOS: Dra. GONZALEZ IZARRA y Dr. LOPEZ ROCHA, por su colaboración.

5. BIBLIOGRAFIA

- 1 - ARMIJO VALENZUELA, M.; SAN MARTIN BACAICOA, J. 1994. "Curas Balnearias y Cimáticas", pág. 355. Ed. Complutense.
- 2 - BERT J.M. et al. 1972. "Thérapeutique Thermale et Climatique", pág. 170. Ed. Masson et cie.
- 3 - Idem ibidem, pág. 157.
- 4 - ESTEVE DE MIGUEL, C. "El dolor de Espalda". Actualizaciones Médicas, 1993: 7-12. Uriach.
- 5 - McCARTHY, D. 1987. "Artritis y otras patologías relacionadas", pág. 282.
- 6 - SOCIEDAD AMERICANA DE REUMATISMO. 1984. "Compendio de las Enfermedades Reumáticas", pág. 148. Arthritis Foundation.