

Caso Clínico

Lumbociática por Hernia Discal L5-S1

Autor:

D. Juan Antonio Montaña Munuera
Profesor de la Escuela de Fisioterapia de la UCAM

Varón, 46 años de edad. Paciente que presenta dolor lumbar e irradiación ciática en miembro inferior derecho. Primera crisis hace 3 años. Ha padecido 4 crisis hasta el momento. Clínica que presenta el paciente: Dolor a nivel lumbar con irradiación ciática a nivel del territorio de S1. Lassegue positivo a los 30°, Bragard positivo, Neri positivo. Aparecen parestesias en el borde lateral del pie y 5º dedo. Dolor a la palpación a nivel de la apófisis espinosa de L5 y S1. Dificultad para andar de puntillas. Reflejo aquileo disminuido. Maniobras de Valsalva son positivas. Aumenta el dolor por la noche. Como prueba complementaria se realizó resonancia magnética nuclear apareciendo hernia discal L5-S1 y calcificaciones a nivel del ligamento vertebral común posterior y pinzamiento posterior L4-L5 y L5-S1 (fig. 1,2).

DIAGNÓSTICO:

Hernia discal L5-S1 con afectación del ligamento vertebral común posterior e irradiación ciática por el territorio de S1.

TRATAMIENTO MÉDICO:

El tratamiento médico recibido por el paciente ha sido el siguiente: Reposo, Dexametasona ampollas 4 mg. 1 ampolla en días alternos, Tetraxepan comprimidos 25mg cada 8 horas, Ranitidina 150mg cada 24 horas.

El paciente no mejora por lo que se asocia tratamiento fisioterápico compuesto por un programa de reeducación funcional en cuanto a la contracción del transversos abdominal y multifidos lumbares se refiere, con el fin de producir una estabilización de la columna lumbar de forma activa.

BASES FISIOLÓGICAS:

Por recientes estudios realizados por equipos de investigadores australianos, sabemos que, pacientes que no sufren dolor lumbar presentan una contracción previa al movimiento de tronco, miembros inferiores y superiores, del transversos abdominal y multifidos lum-

bares, produciendo una estabilización activa de la columna lumbar (gráfica 1). Por el contrario, pacientes que sufren dolor lumbar, presentan un retardo en la contracción del transversos abdominal y multifidos lumbares cuando se produce un movimiento en tronco, miembros inferiores y superiores, por lo cual la columna lumbar está inestable al iniciar el movimiento en las regiones anteriormente comentadas (gráfica 2). También se ha demostrado que la contracción del transversos abdominal es máxima cuando introducimos en ombligo hacia adentro y hacia arriba. Así mismo la contracción de los multifidos lumbares es máxima cuando la contracción del transversos abdominal es máxima.

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO:

Este consistirá en pedirle al paciente que realice una contracción activa del transversos abdominal y multifidos lumbares. En este caso el paciente no era capaz de realizar la contracción voluntariamente, por lo cual, introducimos corrientes excitomotoras para facilitar la misma. El equipo utilizado es un equipo de electroestimulación Megasonic 313 P4. Los electrodos son colocados en el punto motor del transversos abdominal, el cual está situado en el punto medio del ángulo iliocostal. El otro electrodo lo colocamos en el territorio del transversos abdominal. Las corrientes utilizadas son las denominadas compensadas aplicadas en tres fases, una 1ª fase de calentamiento, una 2ª fase de trabajo y una 3ª fase de relajación, con los siguientes parámetros:

1ª fase: 200ms 30Hz 4'.

2ª fase: 250ms 65Hz 15'.

3ª fase: 150ms 3Hz 3'.

Una vez que el paciente es capaz de realizar una contracción activa del transversos abdominal y multifidos lumbares, se elimina la electroestimulación, realizando el paciente tres series de diez repeticiones de forma activa. Así mismo se solicita al paciente que antes de realizar actividades de la vida diaria, léase, sentarse, levantarse, subir al coche, bajarse del coche, recoger

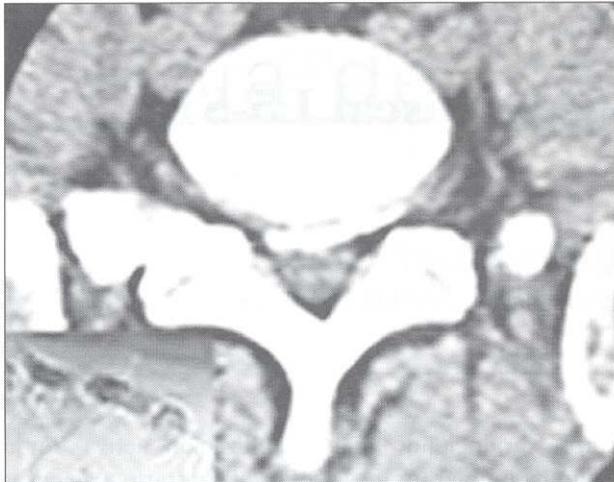
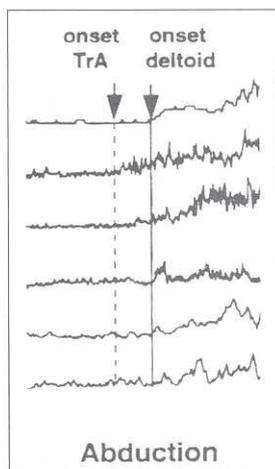


Fig. 1.

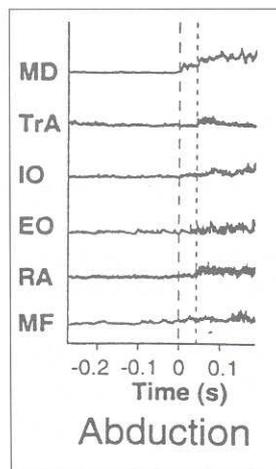


Fig. 2.



Pacientes sin dolor lumbar.

Gráfica 1. (Con permiso del autor).



Pacientes con dolor lumbar.

Gráfica 2. (Con permiso del autor).

algo del suelo, etc., que contraiga activamente el transverso abdominal y multifidos lumbares antes de realizar el movimiento, con el fin, de que su columna lumbar sea estable antes y durante la realización del gesto.

Tras ocho sesiones de tratamiento, distribuidas en el período de un mes y medio, el paciente refiere la desaparición total de la sintomatología, realizando su vida con total normalidad.

CONCLUSIONES:

Por lo anteriormente expuesto, sabemos que un paciente que presenta un dolor a nivel lumbar con o sin irradiación ciática, presenta un retardo en la contracción del transverso abdominal y multifidos lumbares a la hora de realizar un movimiento a nivel de tronco, miembros inferiores y superiores, lo cual nos indica que la columna lumbar permanecerá inestable a la hora de iniciar el movimiento. Por lo tanto si obviamos lo anteriormente expuesto, aunque el paciente presente la desaparición

total de la sintomatología, cosa que sucede a menudo con el tratamiento médico aislado, el paciente presentara una inestabilidad lumbar crónica, la cual favorecerá la aparición de recidivas. En consecuencia será aconsejable asociar el tratamiento médico el tratamiento fisioterápico el cual irá dirigido a conseguir una estabilidad lumbar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hides JA, Richardson CA, Jull GA. Multifidus Muscle recovery is not automatic after resolution of acute, first-episode low back pain. *Spine* 1996;21:2763-9.
2. Hides JA, Richardson CA, Jull GA. Multifidus muscle rehabilitation decreases recurrence of symptoms following first episodes of low back pain. In: *Proceedings of the 1996 National Physiotherapy Congress of Australia*. Brisbane, Queensland 1996.
3. Hodges PW, Butler JE, McKenzie DK, Gandevia SC. Contraction of the human diaphragm during rapid postural adjustments. *J Physiol Lond* 1997;505 Pt 2:539-48.
4. Hodges PW, Richardson CA. Delayed postural contraction of transversus abdominis in low back pain associated with movement of the lower limb. *J Spinal Disord* 1998;11:46-56.
5. Laasonen EM. Atrophy of sacrospinalis muscle groups in patients with chronic diffusely radiating low back pain. *Neuroradiology* 1984;26:9-13.
6. O'Sullivan PB, Twomey LT, Allison GT. Dynamic stabilization of the lumbar spine. *Critical reviews in physical and rehabilitation medicine* 1997; 9 (3&4):315-30.
7. O'Sullivan PB, Twomey LT, Allison GT. Evaluation of specific stabilization exercise in the treatment of chronic low-back-pain with radiologic diagnosis of spondylolysis or spondylolisthesis. *Spine* 1997.;24:2959-67.
8. Richardson CA, Jull GA, Hodges PW, Hides J. eds. The role of the transversus abdominis. In: Richardson CA, Jull GA, Hodges PW, Hides J. eds: *Therapeutic Exercise for Spinal Segmental Stabilization in Low Back Pain*. Edinburgh: Churchill Livingstone 1999:52-3.