

MANIPULACION VERTEBRAL EN DORSALGIAS

Dr. Romero V. Pecho*



RESUMEN

La manipulación sobre las articulaciones vertebrales, es un método terapéutico muy eficaz en ciertas algias mecánicas, del raquis a cualquier nivel, siempre y cuando el diagnóstico etiológico se realice en forma correcta y la maniobra se ejecute adecuadamente.

En el presente trabajo se presentan 29 casos de pacientes, cuya queja principal era el dolor dorsal crónico (mayor de 5 meses), quienes habían recibido tratamiento previo; consistente en reposo, antiinflamatorios no esteroideos, y/o, agentes físicos.

Encontramos que es más frecuente en mujeres (n-22), con predominio de las ocupaciones que requieren trabajar sentados e inclinados hacia adelante.

También predominan los pacientes con actitudes cifolordóticas. Encontramos puntos gatillo y bandas palpables en músculos a distancia, además de fenómenos referidos ("parestésicos") hacia el miembro superior.

Se demuestra que existe una mejoría significativa luego de la primera a segunda manipulación. El tratamiento se complementó con digitopresión y estiramiento de los músculos contracturados, ejercicios de musculación dorsal y fortalecimiento de abdominales.

INTRODUCCION

Maigne desarrolló la hipótesis del "Desarreglo Intervertebral Menor" (D.I.M.) que se refiere al sufrimiento menor, mecánico o reflejo, de un segmento vertebral. Es de naturaleza benigna y potencialmente reversible, evidenciado solamente por signos del examen clínico local, sin traducción medible en registros radiográficos, eléctricos u otros.

SEGMENTO MOVIL DE JUGHAMS

Es todo aquello que existe entre una vértebra y la otra y que por estar constituido por estructuras no rígidas es susceptible de movimiento.

De adelante hacia atrás tenemos: el ligamento longitudinal anterior, el anulus fibroso, el núcleo pulposo, el anulus fibroso, el ligamento longitudinal posterior, el canal vertebral, la articular posterior, el ligamento amarillo, el ligamento interespinoso y el epiespinoso.

El D.I.M. modifica una o varias de las estructuras del segmento móvil.

Puede acompañarse de irritación del nervio raquídeo correspondiente, a veces evidente o traducido en los elementos del síndrome *Radicular celulotenomiálgico* (Maigne).

El ramo posterior del nervio raquídeo al salir del canal de conjunción contornea íntimamente la articular posterior a la que da numerosas ramas y de quien recibe impulsos nociceptivos (Fig. 1)

Existen numerosos dolores que tienen su origen en este D.I.M. Es el caso del dolor lumbar, dorsal y cervical después de un esfuerzo, falso movimiento o mala posición. Gran número de las cefáleas pueden tener origen similar.

Médico fisiatra, Departamento de Medicina Física y Rehabilitación Hospital Nacional "Guillermo Almenara I." del IPSS.

Cuando este estado segmentario doloroso es la consecuencia de una causa mecánica -postural, traumática o estática-, puede beneficiarse de las manipulaciones vertebrales.

MANIPULACION VERTEBRAL

Acto médico que consiste en la impulsión breve, rápida y precisa que aplica el manipulador sobre el segmento móvil vertebral, luego que dicha articulación ha sido puesta en tensión, al ser llevada en forma pasiva, hasta el límite fisiológico de su arco articular.

TIEMPOS DE LA MANIPULACION

1. Puesta en posición: del paciente y el operador.
2. Puesta en tensión
3. Manipulación propiamente dicha

Puesta en tensión: Insistir ligeramente luego de llegar al máximo del movimiento pasivo.

Movilización: Vuelve al punto de partida y repite varias

veces la puesta en tensión.

Manipulación: Partiendo de la puesta en tensión . Impulso breve, seco, único, forzado y controlado. Puede acompañarse de un chasquido.

TIPOS DE MANIPULACION

DIRECTA

Presión sobre las apófisis transversas o espinosas. Con talones de manos. Difícil de dosificar, direcciones limitadas (Fig. 2).

INDIRECTA

Se vale de los brazos de palanca naturales. Pueden utilizarse como movilización (Fig. 3 a, 3 b y 3 c)

SEMI INDIRECTA

Agrega presiones o contrapresiones. Al nivel, o por debajo del segmento tratado.

FIGURA 1

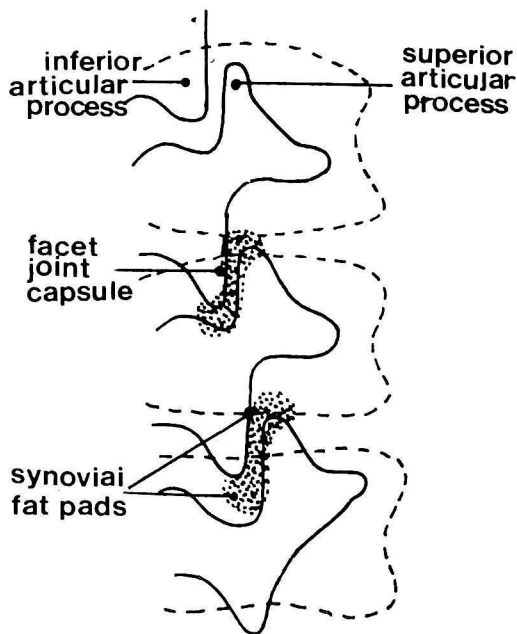


FIGURA 2

MANIPULACION DIRECTA



ASISTIDA

La presión local se hace en el mismo sentido que el movimiento global.

CONTRARIADA

Contrapresión local que se opone al movimiento global.

LA DORSALGIA COMÚN DEL ADULTO

Por lo general se le considera algia con fuerte componente psíquico. Principalmente en mujeres jóvenes, con pobre musculatura dorsal. Sin embargo, Maigne refiere que las dorsalgias se encuentran en los dos sexos y a todas las edades. La intensidad del trastorno varía según la profesión, la edad y el sexo.

Cuadro típico de algia interescapulovertebral medio dorsal, podemos observar un punto doloroso a nivel topográfico de D5 o D6 a un través de dedo de la línea media, despertado por una presión-fricción; corresponde a la emergencia superficial de la rama cutánea de D2. A partir de este punto, y sobre una superficie triangular, se extiende una zona de celulalgia sensible al pinzamiento rodado, esta zona se extiende a veces hasta el acromión.

Puede encontrarse un D.I.M. cervical inferior (C5-C6-C7). Con la articulación interapofisaria sensible del mismo lado de la dorsalgia. Según Maigne, la mayoría de las dorsalgias tienen un origen cervical.

CONDICIONES PARA UNA MANIPULACION CORRECTA:

1. Tener un diagnóstico preciso.
2. Conocimiento amplio de la patología osteoarticular y neurológica.
3. Respetar contraindicaciones.
4. Dominar la técnica de manipulación. El manipulador debe ser capaz de adaptarse a la situación del paciente y decidir si la manipulación está indicada o no y en caso de incidente, saber aplicar las medidas correctivas necesarias.

Diagnóstico preciso

Realizar estudio de la movilidad segmentaria vertebral, que nos llevará a la región afectada. Sabemos que existen dolores proyectados a distancia en patrones característicos para cada región, tal como la epicondilitis originada en el segmento cervical C5 - C6.

Rutina de Exploración

1. Búsqueda de signos locales de sufrimiento
 - Presión sobre las espinosas de atrás hacia adelante
 - Presión sobre las caras laterales de las espinosas.
 - Presión contrapuesta sobre las caras laterales de dos espinosas vecinas.
 - Palpación digital de los macizos articulares posteriores.
 - Estudio de los ligamentos interespinosos.

FIGURA 3a



FIGURA 3b

MANIPULACION INDIRECTAS



FIGURA 3c



2. Manifestaciones clínicas a distancia.

Distribución del dolor referido en la zona del dermatoma, miotoma y esclerotoma correspondiente al segmento vertebral irritado. Exploración mediante el pinzamiento rodado y presión digital.

Síndrome tenocelulomiálgico de Maigne:

- Placas de celulalgia
- Banda muscular palpable.
- Puntos gatillo
- Puntos de inserción tendinosa sensibles.

3. Examen neurológico: Signos clásicos de compresión radicular como trastornos de sensibilidad y reflejos, alteraciones motoras.

4. Radiografías para descartar patología mayor.

MATERIAL Y METODOS

Este estudio se realizó en el Departamento de Rehabilitación del Hospital Nacional "Guillermo Almenara I." . Corresponde a los resultados preliminares de un estudio más amplio sobre algias vetebrales.

Los 29 pacientes correspondieron en su mayoría a personas del Hospital, se evaluó:

- Postura
- Movilidad, graficada en la "estrella de Maigne"
- Búsqueda de manifestaciones a distancia

Tratamiento

- Manipulaciones dorsales directas e indirectas.
- Tracción cervical manual
- Manipulaciones cervicales, si el caso lo requería.
- Aplicación de compresas calientes.
- Técnicas de digitopresión y estiramiento de los músculos comprometidos.
- Ejercicios de fortalecimiento de extensores dorsales y abdominales, luego de aliviado el dolor.

DISCUSION

La dorsalgia mayormente es una patología de gente joven (Tabla 1), el promedio de edad en nuestra casuística es de 34.62 años, el 62% corresponde al intervalo de 31 a 40 años. Es más frecuente en el sexo femenino, 76% (n=22) de nuestra casuística (Tabla 2).

En cuanto al aspecto laboral, predominan aquellas labores en las que se asume una mala postura por tiempo prolongado, sobretudo inclinado hacia adelante en cifosis dorsal. En nues-

tra casuística hospitalaria predominan las laboratoristas (31%), asistentes sociales (28%) y cirujanos (14%).

Aunque no lo hemos cuantificado, existe relación con los estados emocionales.

En nuestra relación inicial de pacientes aquejados de dolor de espalda, 29 de ellos tenían disfunciones intervertebrales menores (Tabla 3), pero 7 presentaban síndromes miofasciales aparentemente puros, uno presentó un proceso tumoral intrararaquídeo extramedular, y otro, un adenocarcinoma de pulmón.

Estos hallazgos confirman la necesidad de que los procedimientos manipulativos se realicen por médicos y luego de un examen clínico minucioso.

Asociado a estos trastornos intervertebrales menores causantes de dorsalgias, se localizan puntos gatillo dolorosos en músculos de la zona (Tabla 4). Los trapecios se encuentran indurados, acortados y dolorosos a la palpación en el 45% de casos, seguido por el esplenio de la cabeza o suboccipitales en general con un 31%.

A los cordones miálgicos indurados se asocian, la sensibilidad de las inserciones tendinosas a la presión digital y la presencia de bandas de celulalgia en piel positivas al pinzado rodado.

**TABLA 1
MANIPULACION VERTEBRAL EN DORSALGIAS
EIDADES: FRECUENCIA POR DATOS
AGRUPADOS**

EDADES	f	X1	fX1
10 - 20	2	15	30
21 - 30	4	25	100
31 - 40	18	35	630
41 - 50	4	45	180
51 - 60	1	55	55
TOTAL	29	175	995

**TABLA 2
MANIPULACION VERTEBRAL EN DORSALGIAS
DATOS AGRUPADOS POR SEXO**

SEXO	NUMERO	%
MAS CULINO FEMENINO	7	24.14
FEMENINO	22	75.86
TOTAL	29	100.00

TABLA 3
ETIOLOGIA

ETIOLOGIA	NUMERO	%
D. I. M. CERVICAL	4	10.53
D. I. M. DORSAL	25	65.79
S. MIOFASCIAL	7	18.42
C. A. PULMONAR	1	2.63
C. A. INTRAMEDULAR	1	2.63
	38	100.00

TABLA 4
LOCALIZACION PUNTOS GATILLO ASOCIADOS

LOCALIZACION	NUMERO	%
TRAPECIOS	13	24.53
ESPLENIOS/CABEZA	9	16.98
EST. CLEIDO. MAST.	2	3.77
ROMBOIDES	21	39.62
PECTORAL MAYOR	2	3.77
OTROS	6	11.32
	53	100.00

TABLA 5
GRADO DE DOLOR POR DATOS AGRUPADOS:
INGRESO

GRADOS	f	x	fx	x - x	(x - x) ²	f(x - x) ²
0 Normal	0	0	0	-2.03	4.14	0.00
1 Leve	3	1	3	-1.03	1.07	3.21
2 Moderado	22	2	44	-0.03	0.00	0.03
3 Severo	4	3	12	0.97	0.93	3.73
TOTAL	29		59			6.97

X = 2.03;
Sx = 2.09;
E.Sx = 0.27;
Prom. = 2.03 +/- 0.54

TABLA 6
GRADO DE DOLOR POR DATOS AGRUPADOS:
SALIDA

GRADOS	f	x	fx	x - x	(x - x) ²	f(x - x) ²
0 Normal	19	0	0	-0.38	0.14	2.73
1 Leve	9	1	9	0.62	0.39	3.47
2 Moderado	1	2	2	1.62	2.63	2.63
3 Severo	0	3	0	2.62	6.87	0.00
TOTAL	29		11			8.83

X = 0.38;
Sx = 0.55;
E.Sx = 0.14;
Prom. = 0.38 +/- 0.26

En lo que se refiere al tratamiento, se realizaron entre 2 y 4 manipulaciones vertebrales dorsales y/o cervicales por paciente, mayormente indirectas contrariadas y directas.

La frecuencia fue de dos veces por semana. Previa y posteriormente a la manipulación, se aplicó compresas húmedas calientes por 10-20 minutos.

Luego se procedió a realizar digitopresión y estiramiento, en el 25% se complementó con la aplicación de ultrasonido 2 watts por cm² por 5 minutos.

Los resultados valorados fueron: la variación en la intensidad del dolor, la movilidad de la región dorsal y la desaparición de los componentes del síndrome celulotonomiálgico.

En relación al dolor (Tablas 5 y 6), al ingreso, el 76% (n=22) presentó grado moderado (grado 2) con un promedio de 2.03 de nuestra escala del dolor. Al momento del

egreso, el 66% (n=19) de nuestros pacientes se encontraban en el grado 0-Normal y el 31% en el grado 1-Leve. El promedio de dolor al egreso fue de 0.38 ± 0.26. La p < 0.001 al comparar dolor de ingreso y salida nos indica la bondad del tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. MAIGNE, Robert: Manipulaciones, columna vertebral y extremidades. Ed. Salvat, 1986. España.
2. SELBY D.; Anatomy of facet joints and its clinical correlation with low back pain. Contemp Orthop 1981; 3: 1097-1103.
3. MOONEY V, ROBERTSON J: The facet syndrome. Clin Orthop 1976; 115: 157-164.
4. PASTRANA R.; Dolor de espalda y rehabilitación. Monografías de Rehabilitación - Vol 2 - 1989.