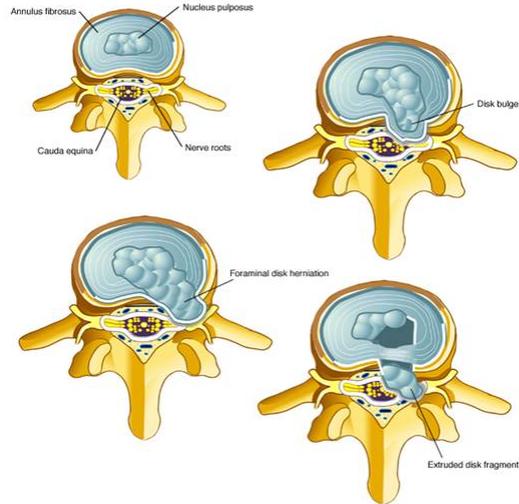


LA HERNIA DISCAL Y LOS DOLORES DE ESPALDA. Parte 1

La hernia discal supone uno de los diagnósticos médicos más frecuentes en relación con los dolores de espalda y también, por irradiación, a las extremidades.

En este artículo intento demostrar que, basados en el conocimiento de la anatomofisiología, debemos de perder el miedo a estos procesos pues a menudo es peor el remedio que la propia enfermedad si no se tienen en cuenta los principios por los que nuestra fisiología adapta. Para la osteopatía, una medicina integral, éste es sólo un diagnóstico médico sin ningún fundamento; una etiqueta. Curiosamente es una de las causas más frecuentes de baja laboral, y también de gasto sanitario. Y curiosamente también es uno de los tratamientos con más fracaso dentro de la medicina ortodoxa.



Por ello queremos tratar esta cuestión, con el fin de clarificar este tipo de cuadros clínicos que preocupa a tanta gente y por la que tantos pacientes se viene abajo tras un diagnóstico irrefutable por el Doctor “Usted tiene una hernia discal según la RMN”

Nuestra experiencia es importante en este tipo de procesos, más si cabe cuando lo habitual en estos casos es “recoger” los desperdicios de la medicina llamada “oficial” y que hace de menos a nuestros conocimientos y a nuestras aptitudes como terapeutas pues estos pacientes tan habituales en nuestras consultas suele llegar tras diversos fracasos con el tratamiento alopático y con grandes dosis de desesperación. Ya cansados de infiltraciones con corticoides, de tratamientos farmacológicos prolongados con medicación de AINES, miorrelajantes... e incluso opiáceos... Y en otros muchos casos tras la extracción quirúrgica ya de una hernia... y sin embargo el paciente está todavía peor que antes. ¿Cómo se concibe esto si ya la hernia no está “comprimiendo nada”?

Vamos a centrarnos en una de las hernias más habituales, la hernia en el nivel vertebral L5-S1, última lumbar y primera sacra. Este nivel vertebral está considerado como uno de los puntos “débiles” del organismo y es el lugar más habitual para que la hernia discal se presente como una amenaza para el sistema.



Quiero hacer este artículo entretenido pues está dirigido al público en general, pero también a los distintos profesionales de la salud. Sólo busco hacer recapacitar, utilizar el sentido común teniendo como base la fisiología, nada más.

Eduardo es un chico joven, de 15 años, y futbolista apasionado. Es el típico delantero fuerte, con habilidad y potencia, que sobrepasa la media con respecto a sus compañeros. Es un fuera de serie. Pero en un partido, al saltar por un balón le hacen la cama y cae literalmente de culo sobre su sacroiliaca dcha. En ese momento y tras la caída abandona el campo; sus lumbares le duele mucho y tras el impacto no puede andar bien. El presi del club enseguida le manda al Centro Hospitalario concertado. Parece ser una lumbalgia postraumática según el doctor. Con tratamiento antiinflamatorio y reposo durante unos días parece que la cosa va mejor y Edu puede seguir con el fútbol.

Edu es joven, y su organismo adapta fácil. Simplemente la articulación sacroiliaca izda trabaja un poco más para compensar y junto con L5 la pelvis encuentra su equilibrio, aunque su entrenador se da cuenta que Edu es un poco menos preciso en sus tiros parados y quizás ha perdido algo de potencia en los desplazamientos cortos. El organismo ha sabido adaptar y a pesar de estar en una situación de hiperfunción con su juventud no pasa nada pues sólo se requiere un poco más de esfuerzo lumbosacro.



Pero Edu, gran deportista, con 18 años decide hacer un día escalada y probar con la aventura como nuevo ocio. Se apunta a un curso y en un descenso tiene una caída brusca por falta de técnica, apoyando el peso de su cuerpo sobre su pierna derecha, su lado débil tras la lesión del fútbol, pero que hasta el momento no se ha manifestado. Es entonces cuando al día siguiente del descenso comienza a notar un dolor proyectado por la pierna derecha que se irradia por la cara posterior del muslo hasta el talón. Durante unos días se queja fuertemente de dolor lumbar e irradiado a la pierna y que no cede con esos mismos antiinflamatorios que la otra vez le fueron tan bien. Es entonces cuando el médico está convencido que se trata de una hernia discal, aunque en la exploración no hay signos motores, pero bueno, un cuadro así sólo puede obedecer a

una hernia discal pues las lumbociáticas siempre suelen ser por hernias discales.

Pero la sorpresa está que en la RMN no sale nada. Y se sugiere una electromiografía para ver si hay razones para este dolor. Pero tampoco desvela nada esta prueba. Por ello deciden poner un tratamiento con corticoides; 6 inyecciones, las 3 primeras seguidas y luego a días alternos, y claro, reposo total, todo lo que se pueda!! Y calor!!

Y así, tras varias semanas con fisioterapia local y tratamiento farmacológico la cosa pasa. Pero Eduardo deja ya el deporte; comienza a trabajar en un tiempo para sacarse un dinero y decide seguir estudiando.

Su pelvis ya ha perdido mucha movilidad y el eje lumbosacro compensa al máximo. El trabajo en la tienda de deportes le causa alguna lumbalgia que otra, según el médico por estar muchas horas de pie en “mala posición”

Pero va tirando con los analgésicos hasta que un día alguien le recomienda que vaya a un doctor que hace medicina ortopédica, que sabe “recolocar” la lumbar. El doctor no se sorprende en absoluto al ver que Eduardo sufre en su L5 y entonces la mueve en todos los sentidos y mejora la capacidad de adaptación de L5 que ahora ya podrá seguir sacrificándose para compensar ese bloqueo sacroiliaco.

Y gracias a este Doctor Edu pasa unos meses mejores; acude cada vez que comienza a notar que su lumbar se queja, y las manipulaciones de esa zona le dan alivio durante unos cuantos meses.

Pero un día de lluvia Edu patina en el jardín de su casa y cae nuevamente sobre la sacroiliaca dcha, volviendo a aparecer aquella lumbociática. Va al médico manipulador pero tras varias sesiones de manipulación de la L5 sigue presentando su dolor posterior y es entonces cuando este médico le dice que seguramente haya ya una hernia discal. Y le recomienda un neurocirujano con mucha experiencia y renombre. Y efectivamente el Especialista le dice que probablemente sea un problema discal, a pesar de que Edu le explica que estos síntomas ya los tuvo hace un tiempo y que los médicos buscaban una hernia pero no había nada en las pruebas. Pero el bravo Doctor decide hacer un TAC y efectivamente “hernia lateral derecha” “estaba seguro de que había algo” dice el Doctor.

Edu: No lo entiendo, en las mismas condiciones, las mismas causas deberían producir los mismos efectos. Tengo exactamente los mismos signos que cuando caí sobre la pierna escalando, entonces la causa no era una hernia, y ahora lo es. No lo entiendo.

¿Y si son las condiciones lo que ha cambiado?



De todas formas, la única opción posible es la operación.

Edu se resigna. Al fin y al cabo él no es doctor.

Al día siguiente de la operación pasa el cirujano.

Doctor: La intervención ha ido bien. Pero me ha costado mucho, ya era hora de hacerlo.

Edu se teme que le pida un aumento del aguinaldo, pero el cirujano le da un frasquito lleno del material que le ha quitado. Edu estira la mano y grita.

Edu: ¡Pero todavía me duele mucho cuando me muevo!

Doctor: No es nada. Los tejidos han guardado la memoria del dolor. Ya pasará.

Edu piensa que, decididamente, menuda suerte la suya, él, que normalmente es un desmemoriado.

A pesar de que le doblan la dosis de calmantes los resultados no saltan a la vista. Evidentemente, porque era una cialgia de origen sacro-ilíaco...

Después de tres meses de rehabilitación, Eduardo está muy apenado.

Edu: Doctor, no es peor, pero todavía me duele.

Doctor: Vamos a hacer una resonancia magnética.

Doctor: Creo que está vez ya está. He encontrado una pequeña hernia entre L4 y L5 que no habíamos visto. Es la que le molesta. Vamos a sacarla.

Edu: Pero Doctor, si la pequeña es la que me duele tanto, la gorda que me quitó inútilmente ¿por qué no me dolía?

Explico esta historia bromeando un poco para que sea soportable. Pero ¿qué fisioterapeuta no se ha visto confrontado, al menos una vez, a un caso de este tipo?

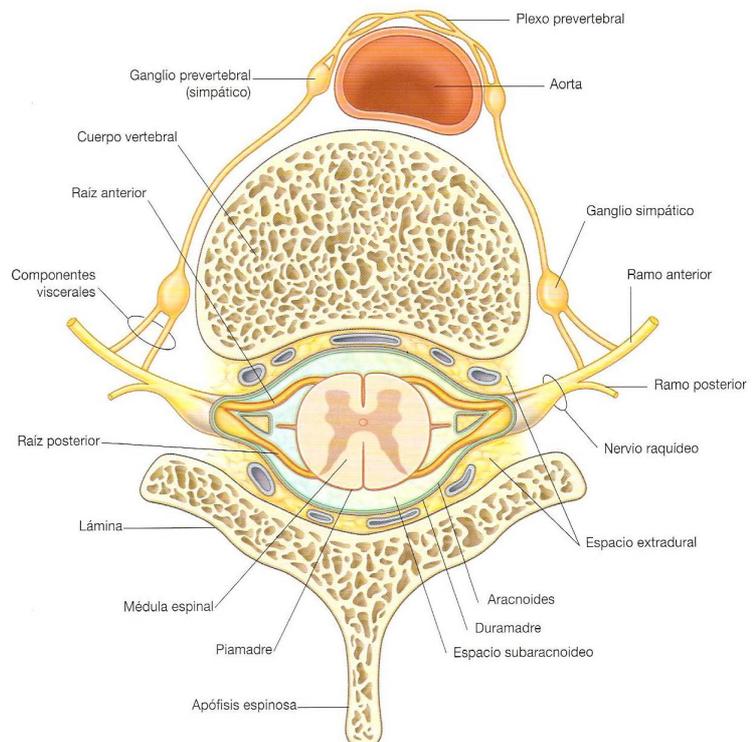
Espero que esta historia desvele por lo menos una intención alentadora en cuanto a este tipo de problemas de columna, y abra una nueva dimensión del problema.

¿Porqué la hernia en la mayoría de los casos no es el problema real?

Para ello habría que hacer un repaso anatomofisiológico de la columna; para la medicina es la hernia la causante del dolor porque comprime el nervio, en este caso, el nervio ciático, que atraviesa la parte posterior del muslo. Esta hipótesis es realmente falsa si tenemos en cuenta la fisiología y que no es otra que la misma fisiología que estudian los alumnos en la facultad de Medicina.

En la siguiente imagen vemos claramente como es una unidad funcional a partir de un segmento medular; vemos una vértebra desde arriba y observamos en el centro de la imagen, justo detrás del cuerpo vertebral, el canal medular por donde transcurre la médula espinal.

Evidentemente lo primero que debemos de saber es que este segmento L5-S1 carece de esta imagen dado que la médula finaliza en L2, y que desde L2 bajan los nervios por el canal medular hasta salir al nivel correspondiente. Pero



nos vale igualmente para explicar que en todo caso la norma es igual dado que si observamos la médula, la raíz que sale por delante es la raíz motora (encargada de la contracción del músculo – movimiento); quiere decir esto que es esta raíz la que lleva el impulso motor al músculo o grupos musculares que inerva. Y es la raíz posterior la que lleva la sensibilidad (presión, dolor, temperatura, sensación...)

Por ello es imposible que, según la hipótesis médica, la hernia discal comprima la raíz posterior (relacionada con el dolor y la sensibilidad; sensación frío-calor...) sin comprimir antes la raíz anterior (movimiento).

E incluso supongamos que el compromiso de la hernia es a la salida del agujero de conjunción; el problema sería ya mixto pues las dos raíces se juntan y sólo es un nervio, pero con inervación motora y sensitiva por lo que la afectación debe de ser y sólo puede ser así, una afectación en la motricidad y en la sensibilidad.



Más del 90% de los casos de hernia discal el principal problema es el dolor; y justamente en muchos de estos casos no aparece en la foto la temida Hernia Discal. Aquí el diagnóstico médico es de “lumbociática mecánica”

Y por el contrario, cierto tipo de pacientes diagnosticados de hernia discal, tras el tratamiento conservador (farmacológico, rehabilitador, talasoterápico...) experimentan una gran mejoría e incluso desaparecen los síntomas durante mucho tiempo, y sin embargo si hacemos la foto la hernia sigue estando presente en la mayoría de los casos. Pero ya el paciente vive con miedo; se le quita de hacer deporte, de tener “malas posturas”... (hasta la moralidad medico-religiosa llega a las posturas!! Es tan absurdo!!)

Sigue en la Parte 2

LA HERNIA DISCAL Y LOS DOLORES DE ESPALDA. Parte 2



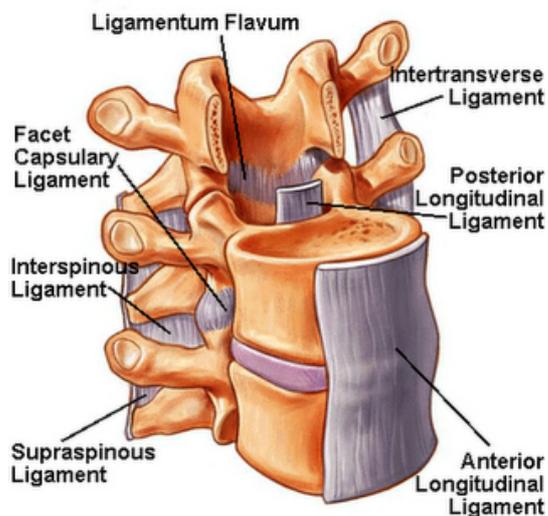
Empieza a ser difícil “pinzar” un nervio, pero si fuera el caso los signos serán siempre mixtos, incluso sólo motores, pero nunca sólo sensitivos. No estoy convencido de la sensibilidad de un nervio a lo largo de su trayecto. Si aplastamos un nervio el dolor cesa rápidamente, ya que el mensaje ya no pasa... La parálisis de los enamorados implica el aplastamiento temporal de una raíz nerviosa. Este aplastamiento detiene la irrigación del nervio. Cuando uno se despierta tiene el brazo paralizado: los signos motores son

considerables pero no hay dolor...

Menos en los casos de lesiones intramedulares y/o cerebrales, cuando hay perturbación mecánica en el sistema nervioso, siempre hay signos motores, y por lo general sólo signos motores.

Dejando ya claro que es imposible que la hernia comprima la raíz sensitiva sin comprometer la motora, entonces ¿de donde vienen los dolores?

Hay un pequeño número de casos donde la hernia presiona por la parte postero medial y es ahí donde se va a encontrar un “freno” que no es otro que el Ligamento Longitudinal Posterior (LLP). Sabemos que los ligamentos son estructuras con importantes receptores sensoriales y propiocepción, es decir, que informan al cerebro del movimiento, de la aceleración... Cuando un disco comprime el LLP este ligamento actúa de manera refleja acortándose, protegiendo el agujero medular pues está justo por delante de este. Y en estos casos el paciente sí experimenta dolor, e incluso cierto bloqueo articular de la zona dado que el espasmo del LLP impide el normal movimiento de esa unidad funcional. Es una clínica bien descriptible, por lo que el sufrimiento mecánico del ligamento basta para desencadenar un dolor proyectado en el neurotoma del ciático.



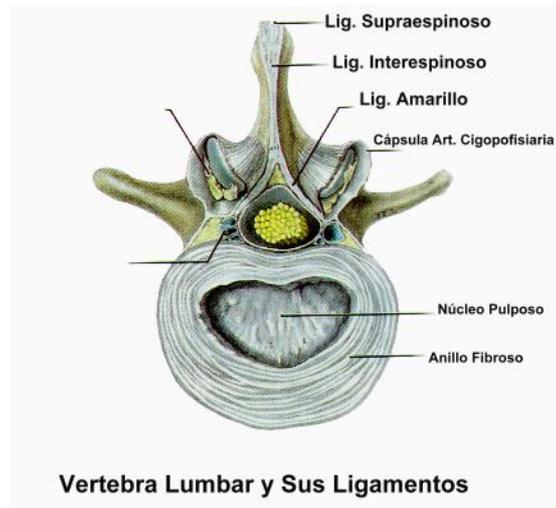
En este tipo de casos, la intervención quirúrgica elimina la presión sobre este ligamento mejorando mucho los síntomas del paciente.

Este dolor reflejo de origen ligamentosos explica también la gravedad extrema de la hernia excluida, que es la más impresionante de todas. El ligamento posterior se rompe y la hernia se introduce en el agujero de conjunción. La ciática se vuelve paralizante, pero a menudo los signos

sensitivos desaparecen ya que deja de haber tensión en el ligamento vertebral posterior. El enfermo está contento: “estoy mejor, porque ya no me duele”. Tendrá tendencia a esperar que la parálisis se desaparezca cuando lo que tendría que hacer irse urgentemente a operar.

Es importante aclarar que el disco intervertebral no es ningún amortiguador; su función sólo es la de transmitir las presiones y están preparados para soportar cargas verticales; la función de amortiguador está más relacionada con las curvas raquídeas.

El disco intervertebral consta de un núcleo gelatinoso envuelto por una serie de anillos fibrosos cuya orientación varía. El núcleo está constituido por agua, es deformable e incompresible. Lo propio de un amortiguador es ser compresible. El disco transmite presiones, no puede amortiguar.



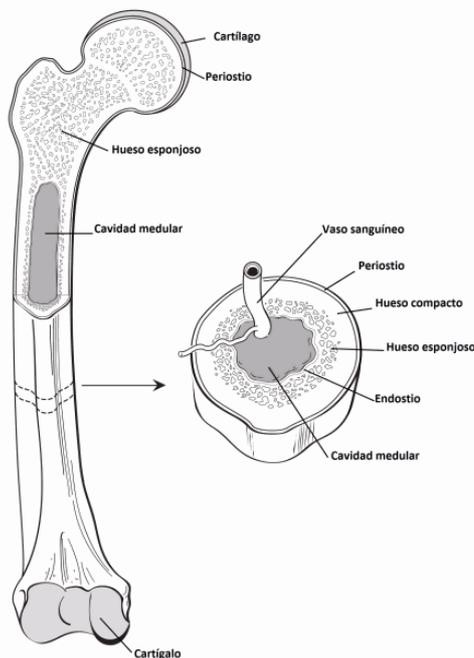
Hay dos modelos de mangueras para riego. Uno barato y otro más caro, con un pequeño hilo entrecruzado que sirve a equilibrar las presiones laterales y evitar las hernias del tubo. En el disco no se trata de un pequeño hilo sino de un sinfín de fibras entrecruzadas.

Hemos explicado el dolor reflejo del LLP pero aún nos quedan unas cuantas cosas que tratar para poder explicar el resto de dolores de la columna lumbar; evidentemente y dentro del contexto de la medicina osteopática nuestra misión no es tratar hernias, ni tendinitis, ni esguinces, sino tratar a personas. Lo repito constantemente porque deseo que la gente conozca nuestro trabajo, y porque tras muchos años atendiendo a pacientes he querido aportar siempre mi granito de arena en lo que se refiere a educar en la salud; la responsabilidad de cada uno en nuestra salud. Si no tenemos contexto donde englobar al paciente no tenemos nada.

A menudo oigo a mis pacientes comentarme que el médico le ha dicho que su ciática o lumbalgia o artrosis es porque está mayor, o está gordo. Si el ser mayor en edad o el ser gordo justificara esto, todos los gordos tendrían estos síntomas y todos los mayores también.

Debemos aclarar que el dolor es una percepción subjetiva; toda la sensibilidad de nuestro organismo está dirigida desde la corteza cerebral, pero la neuromodulación del dolor no es consciente. Es en la corteza donde nos encontramos una zona para ello: corteza somatosensorial y corteza postsensorial. Desde esta zona se rige la inervación sensorial de los órganos de los sentidos (vista, oído, olfato, gusto...) y de ciertas mucosas de los órganos que están recubiertos de epitelio pavimentoso. Pero

para nosotros, los que trabajamos el aparato locomotor, es importantísimo saber que el perióstio o piel externa del hueso, que es un tejido de origen mesodérmico, recibe inervación desde la corteza postsensorial. Es por ello que en la reparación de cualquier alteración del hueso el perióstio se dilata, se hincha, y realmente produce dolor. Pero también el perióstio es vía de transición de todos los pequeños vasos que nutren a los huesos (los osteópatas hablamos constantemente de la vasomoción) y tiene una relación directa con dolores tanto de los receptores de dichos vasos como en lo referente a la sensación de Extremidad fría, congelada, e hipersensibilidad.



En este concepto debemos de englobar que los dolores proyectados son a menudo ligamentarios o viscerales por reflejo o sobresolicitud del sistema suspensor. Pero también, es habitual las pequeñas osteólisis (disminución o pérdida del hueso vertebral) y al disco no le queda otra que adaptarse. Tras la reparación del hueso (crecimiento) el perióstio se hinchay el dolor se refleja a través de dicha metámera por toda la extremidad.

Igualmente, la columna es el soporte de las vísceras del abdomen; todo está “sujeto” de ella, y cuando hay un exceso de trabajo por la pérdida de las capacidades elásticas de ese tejido conjuntivo, es decir, la pérdida de la cualidad que tienen los diferentes tejidos para “deformarse” es entonces cuando se producen “puntos fijos” en el sistema con la intención de ir adaptando, de buscar mejores apoyos... pero a la larga se fatigan.. y se quejan a través del aparato ligamentario vertebral, de los músculos cortos y de todo el componente cápsulo-ligamentoso.

Por tanto, cuando el metabolismo se altera (estreñimiento crónico, alteraciones digestivas, gases... e inflamación del sistema entérico (tubo digestivo e intestinal) por intolerancias o alergias, solicita por vía refleja todo ese sistema suspensor.

Así que todo lo expresado en este artículo nos da una guía para buscar el dolor raquídeo que se manifiesta a través de los diferentes tejidos corporales por lo que lo más importante es contextualizar dentro del paciente que los sufre y buscar tanto la causa como el tratamiento idóneo que a menudo será multidisciplinar teniendo que cambiar hábitos (alimentarios, físicos, deportivos...) como poder desde la osteopatía ayudar a la homeostasis del organismo y a devolver la capacidad elástica de los tejidos

