

23

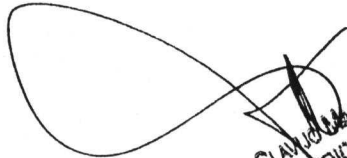
721

MED.
Tesis
2005
F634p

23-

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCION DE POST-GRADO
HOSPITAL OBRERO N° 2 C.N.S.
RESIDENCIA EN MEDICINA INTERNA

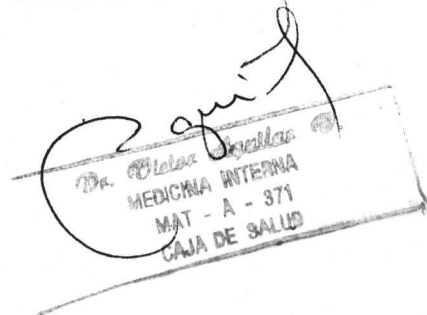
**PREVALENCIA DE LUMBALGIA Y
LUMBOCIATICA EN EL SERVICIO
DE MEDICINA INTERNA EN EL
HOSPITAL OBRERO N° 2 DE LA
CAJA NACIONAL DE SALUD**


Dr. JOSE A. CLAVIO
JEFE DPTO. MEDICINA
Mat. Prof. C-450 C.N.S.


Dr. HENRY NUÑEZ
Médico - Neurologo

Autores: Dr. Jhonny Fernando Flores Sarabia
RESIDENTE 2° AÑO

Tutor: Dr. Henry Nuñez
MEDICO NEUROLOGO


Dr. Flores Sarabia
MEDICINA INTERNA
MAT - A - 371
CAJA DE SALUD

INTRODUCCION

Un dolor en el área raquídea puede ser debido a lesiones ajenas a elementos locomotores del raquis. La lista de posibilidades es extensa: lesiones neurológicas, cerebrales o medulares, de la faringe, mediastino, tubo digestivo, páncreas, riñón, vías urinarias, útero, ovarios y otras varias.

En general la evaluación minuciosa del dolor y sus desencadenantes y una exploración física atenta en la que se valoren la repercusión sobre el dolor de los movimientos del raquis, han de alertar sobre el origen extrarraquídeo de los síntomas.

En el ámbito de los dolores derivados de las estructuras locomotoras del raquis existe una amplia variedad de posibles lesiones causales. Es en esta esfera donde surgió la expresión "raquialgia mecánica" que, aunque imperfectamente definida, denota los dolores raquídeos derivados de la sobrecarga estática o dinámica del segmento vertebral móvil con las lesiones degenerativas y deformidades consiguientes. Quedan, pues, excluidas de este grupo una serie de afecciones capaces de provocar dolor raquídeo, las más importantes de las cuales se citan en la tabla

La sobrecarga mecánica del segmento vertebral móvil repercute sobre sus dos elementos principales: el disco intervertebral y las articulaciones interapofisarias. En el anillo fibroso del disco se producen fisuras cuya confluencia abre grietas por las que se introduce material del núcleo. El anillo fibroso agrietado pierde su tensión y su contorno se dilata anormalmente cuando es comprimido. El disco, desestructurado, cumple mal su función amortiguadora y tiende a ser inestable. Como consecuencia de esta inestabilidad discal se produce con el tiempo una reacción ósea neoformativa en el borde de las plataformas vertebrales próximas (osteófitos de tracción).

El espacio discal disminuye de altura y por tanto las vértebras contiguas se aproximan; esto crea tensiones anormales en las articulaciones

interapofisarias que acaban experimentando los fenómenos degenerativos propios de la artrosis: pinzamiento de la interlínea, esclerosis subcondral, osteófitos, alteración de las estructuras capsuloligamentarias de sostén y, a menudo, desplazamientos anómalos de las superficies articulares (anterolistesis o retrolistesis). Como consecuencia de algunas de estas lesiones el segmento móvil tiende a ser inestable en las primeras fases de la afección, fenómeno perceptible sobre todo en las radiografías funcionales. En fases más avanzadas la incongruencia articular, las deformidades osteofitarias y la fibrosis pueden, por el contrario, reducir la movilidad del segmento, deficiencia que ha de ser suplida por los discos vecinos, sometidos de este modo a una sobrecarga que los predispone a sufrir fenómenos degenerativos.

Cuando el material del núcleo pulposo migra a través de grietas en dirección posterior y ejerce presión desde dentro sobre las fibras más externas del anillo sin romperlas, provoca un abombamiento localizado del contorno discal (prolapso). Si estas fibras externas se rompen, el material nuclear presiona directamente sobre el ligamento longitudinal posterior (extrusión); si también lo perfora, penetra en el espacio epidural (secuestro). Prolapso, extrusión y secuestro son distintas formas de hernia discal.

Lo más frecuente es que la herniación discal se produzca de forma aguda, como consecuencia de un aumento brusco de presión a menudo en un disco que ya tiene fisuras, pero cuyo núcleo pulposo conserva aún cierto grado de tensión; es, pues, característica de las personas jóvenes.

La dilatación del anillo, las deformidades de los cuerpos vertebrales (espondilosis), las lesiones artrósicas de las articulaciones interapofisarias y las herniaciones discales suelen suponer una reducción de la luz del conducto raquídeo o de los canales radiculares y de este modo provocan o favorecen la compresión de los elementos que contienen: médula espinal y raíces nerviosas, además del ligamento longitudinal posterior, todos ellos fuentes potenciales de estímulos dolorosos. Por otra parte, las propias

lesiones degenerativas del disco, cuando se afectan las capas externas del anillo y de las articulaciones posteriores, pueden generar dolor.

Aunque no es inusual la raquialgia completa, con frecuencia el paciente refiere su dolor a una sola de las áreas principales del raquis, sobre todo a la cervical y a la lumbar. Por ello, y por motivos de claridad, conviene exponer por separado los principales síndromes clínicos correspondientes a cada una de ellas.