

CASO CLÍNICO: LUMBALGIA INESPECÍFICA.

Curso de adaptación al Grado de Fisioterapia

M^a SALOMÉ FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

CURSO 2011–2012

ÍNDICE

1.- RESUMEN.....	3
2.- INTRODUCCIÓN: Justificación.....	4
3.- ANAMNESIS.....	5
4.- EXPLORACIÓN GLOBAL.....	6
5.- EXPLORACIÓN SEGMENTARIA.....	9
6.- DIAGNÓSTICO FISIOTERAPEUTICO.....	13
7.- TRATAMIENTO.....	14
8.- EVOLUCIÓN.....	16
9.- CONCLUSIONES.....	17
10.- BIBLIOGRAFÍA.....	18

1.- RESUMEN

Se presenta un caso clínico diagnosticado como "lumbalgia inespecífica".

Desde lo inespecífico del término "lumbalgia", se hace una aproximación a través de la historia clínica del paciente, la anamnesis, la exploración exhaustiva de las diferentes estructuras que pueden referir dolor a nivel lumbar, a las posibles causas desencadenantes de este síntoma, tan común en la población actual.

Una vez recopilada toda la información, se plantean unos objetivos y se planifica un tratamiento fisioterápico con respecto a esos objetivos.

Finalmente se analiza el resultado obtenido, a modo de reevaluación, y se marca la línea a seguir en el futuro con la paciente.

3.-INTRODUCCIÓN:

JUSTIFICACIÓN.

El caso clínico que presento, viene a mi consulta diagnosticado como lumbalgia inespecífica.

Su médico de cabecera, después de varias visitas en las que recibe tratamiento a base de antiinflamatorios y relajantes musculares, sin que se observe una mejoría clara, y después de haberle realizado radiografías de la zona lumbar, en las que no se aprecian hallazgos de importancia, se le deriva al Servicio de Fisioterapia del Centro de Salud correspondiente, diagnosticada como lumbalgia inespecífica, para ser sometida a un tratamiento de higiene postural.

El motivo de la elección de este caso, es la cantidad de diagnósticos similares, que realmente no son verdaderos diagnósticos.

Como tal, la palabra "lumbalgia" hace referencia a un síntoma, el dolor en la zona lumbar, y creo que no debería de ser confundida con un diagnóstico.

PROCEDENCIA DEL DOLOR LUMBAR.

Como fisioterapeuta, son diversas las estructuras que debemos valorar, que puedan lugar a un dolor de origen lumbar:

- Huesos: la fractura o fisura de una vértebra
- Articulaciones: tanto interapofisarias como entre cuerpos vertebrales. O daños en el disco intervertebral. También la cadera puede tener relación.
- Partes blandas: músculos, tendones, ligamentos, fascias.
- Órganos: riñones, ovarios, intestino... pueden dar un dolor referido.
- Tumorações en la zona, que puedan crear un compromiso de espacio.

Así pues son diversas las estructuras que deberemos analizar antes de proceder a un diagnóstico, y en caso de que fuera necesario, derivaríamos al especialista oportuno.

4.-ANAMNESIS

Paciente de 34 años de edad, mujer, con dolor lumbar de varios años de evolución. En los últimos meses la clínica se ha exacerbado.

Al inicio era simples molestias a nivel lumbar bajo, pero últimamente el dolor se ha incrementado, de manera que por las noches se despierta y se ve obligada a cambiar de posición.

El dolor lumbar era de tipo sordo, cuando se agudiza la obliga a llevar el tronco a flexión, lo cual alivia momentáneamente el dolor.

El dolor es más marcado hacia la zona lumbar derecha y se irradia levemente, hacia el Miembro Inferior de ese mismo lado, sobre todo hacia la cresta iliaca. A veces nota como si tuviera la cadera bloqueada.

Esporádicamente, también tiene molestias cervicales, en periodos de mayor carga laboral, pero no le ha dado mayor importancia. No refiere parestesias ni dolores irradiados.

Fue tratada anteriormente con fisioterapia de una tendinitis de supraespinoso del hombro derecho. No refiere molestias actualmente.

También acudió al centro de salud a causa de otra exacerbación de la lumbalgia, donde el fisioterapeuta recomendó una serie de ejercicios abdominales de fortalecimiento, y de estiramiento lumbar. La mejoría fue discreta.

Realiza gran cantidad de deportes en relación con la naturaleza: esquí, escalada, senderismo, footing, ciclismo... Al menos una hora de actividad al día, que aumenta los fines de semana.

No refiere problemas menstruales, pero si que tiene infecciones de orina de repetición.

Antecedentes:

Enfermedades generales/ patología visceral: infecciones de orina de repetición

Intervenciones quirúrgicas: Cirugía Tendinosis de De Quervain mano derecha

Accidentes/ caídas: Fractura de tobillo derecho (de niña, no recuerda que fue lo que se fracturó) no intervenida

Antecedentes familiares: Ninguno de relevancia

Fumador: Esporádico. En su juventud fumaba medio paquete al día, lo dejó hace 7 años.

Profesión: Profesora de Educación física.

Actividades de ocio y deportivas: Escalada, esquí de travesía, corre mínimo tres veces por semana, senderismo...

Clínica: Dolor lumbar bajo, de varios años de evolución, acompañado de ciatalgia izquierda que a veces llega hasta la rodilla. Dolores cervicales esporádicos.

5.-EXPLORACIÓN GLOBAL

5.1-ANÁLISIS DE LA POSTURA:

Tendencia a pie plano izquierdo. Ambos Miembros inferiores tienden a la Rotación Interna, de manera más acentuada a nivel de la cadera izquierda.

Torsión pélvica: La Espina Iliaca Anterosuperior Izquierda aparece más baja y anterior que la derecha.

Sacro horizontalizado, aparente hiperlordosis

Triángulo del talle más cerrado del lado derecho.

Hombros tienden a la antepulsión

Cabeza antepulsada

5.2-ANÁLISIS DE LA MARCHA.

Aparentemente carga más hacia el lado izquierdo, el apoyo del pie derecho tiende hacia el valgo de tobillo, lleva toda la extremidad inferior derecha hacia la rotación interna.

Durante la fase de extensión de la cadera, no se activan casi los glúteos, aparecen hipotónicos. Pelvis queda mantenida en anteversión.

5.3-INSPECCIÓN DE LA PIEL

Cambios en la piel: No hay señales, cicatrices, ni marcas de importancia a nivel cutáneo.

Aparece una acumulación de células grasas a nivel de glúteos

5.4-PALPACIÓN

Prueba del pliegue cutáneo de Kibler: Aparece hiperalgesia a ambos lados de la columna lumbar y muy marcada a nivel de la charnela, y también a nivel de crestas ilíacas.

Se aprecia también una ausencia de desplazamiento en la piel a nivel de charnela.

Temperatura y sudoración aparecen normales

5.5-MUSCULATURA

A nivel global encontramos un aumento de tensión en toda la cadena Anteroexterna de los Miembros Inferiores y a Nivel de la Cadena Posterior del Tronco. Cuando pedimos una flexión anterior, encontramos una clara compensación mediante el pliegue de rodillas y la extensión cervical.

A nivel cervical también aparece tensión a nivel de la cadena Anterior, remarcada en Esternocleidomastoideo, Pectorales y Recto del Abdomen

5.6-MOVILIDAD ARTICULAR

— GLOBAL:

— Flexión — Extensión: la flexión global es buena. La extensión se ve más dificultada, refiere dolor

— Lateroflexiones: globalmente buena.

— Rotaciones: mayor hacia la derecha que hacia la izquierda

— RESTRICCIONES:

Aparece una zona plana a nivel dorsal, de D5 a D9, y otra a nivel lumbar de L1 a L4, que no aceptan la flexión

5.7-PATOLOGÍA NERVIOSA

Dolores radiculares: No refiere dolor a punta de dedo.

Exploración del dermatoma L5: cara lateral del muslo, hacia el dedo gordo. Refiere leve hiperalgesia, y se aprecia dificultad en la movilidad de la piel

Exploración del dermatoma S1: Mitad posterolateral del Miembro Inferior hasta dedo meñique. La hiperalgesia se hace más evidente hacia el lado izquierdo

Reflejo Aquileo: mantenido

Músculos perineos y triceps sural

Signo de Lasegue: Negativo

Signo de Bonet (Piriforme): Paciente en decúbito supino. Flexión de cadera y rodilla, llevo a adducción y rotación interna de cadera pasivamente. Refiere dolor, que identifica como tensión muscular.

6.-EXPLORACIÓN SEGMENTARIA

6.1—CERVICAL:

Vamos a valorar también el estado de la columna cervical, ya que la postura de la cabeza adelantada, muchas veces influye también a nivel de la columna lumbar.

PALPACIÓN DE LAS ESPINOSAS

Resultan dolorosas casi todas, sobre todo C4—C5.

MOVILIDAD FUNCIONAL

- Flexo—extensión: buena movilidad, ligera molestia al llevar a Extensión
 - Lateroflexión: disminuida hacia la izquierda
 - Rotaciones:
- Neutro: se aprecia una disminución de la elasticidad al final del movimiento hacia la izquierda.
- En extensión pasiva máxima: (para valorar el segmento inferior) leve molestia, no aparecen mareos, lo que descarta patología de la Arteria Vertebral.
- En flexión pasiva máxima: (para valorar el segmento superior) sensación de tensión a ambos lados.

MOVILIDAD ANALÍTICA

Leve limitación de la movilidad en la zona media hacia el deslizamiento lateral hacia la izquierda

PRUEBAS ESPECÍFICAS

Test de Jackson: No aparece dolor de tipo radicular. Si localizado debido a la compresión de las carillas articulares del lado derecho, y aparece dolor de tipo tensional al llevar la cabeza a lateroflexión izquierda el lado contralateral, debido a la tensión de la musculatura intrínseca del cuello del lado derecho.

MUSCULATURA

Encontramos puntos gatillo a nivel de Esternocleidomastoideo derecho, cerca de la inserción proximal., Escaleno Anterior y tensión a nivel del largo del cuello.

También en trapecio superior bilateral, y bandas tensas a nivel de toda la musculatura posterior del cuello (intertransversos, epiespinoso, angular del omóplato)

6.2— DORSAL — LUMBAR

PALPACIÓN DE LAS ESPINOSAS y ESTRUCTURAS ÓSEAS

Dolorosas a nivel interescapular

Dolor a nivel lumbar, sobre todo a nivel de L3 y L5

Crestas Ilíacas, Trocánter Mayor y 12 Costilla hipersensibles a la Palpación, sobre todo el lado derecho

MOVILIDAD FUNCIONAL:

— Flexo—extensión: Limitada la extensión por aparición de dolor

— Lateroflexión: Se observa limitación a la lateroflexión izquierda

— Rotaciones: Sensación de limitación a la rotación derecha

MOVILIDAD ANALÍTICA

Springing test: Limitación de la movilidad en todos los niveles lumbares.

PRUEBAS ESPECÍFICAS

Test de Adam: Aparece un abombamiento en la zona lumbar izquierda que sugiere escoliosis estructural lumbar

Prueba de Extensión de la Pierna: Paciente en decúbito prono, con flexión máxima de rodilla, solicitamos extensión contrarresistencia. Aparece una ligera molestia bilateral, que señala posible degeneración articular.

Prueba de Inclinación asistida: para diferenciar dolor entre lumbar y sacroilíaca. Se le pide flexión hasta el momento en que aparece el dolor, se le solicita de nuevo, pero estabilizando sacro y pelvis

manualmente: refiere una mejoría en el dolor, lo que nos indica que hay una patología sacroilíaca

MUSCULATURA

Valoraremos diferentes grupos musculares, ya que el dolor no es definido sólo a la zona lumbar, debemos de tener en cuenta que ciertos músculos dan dolor referido a:

- Zona glútea: Glúteo medio, Cuadrado lumbar, Glúteo menor, Iliocostal Lumbar, Longísimo torácico, Semitendinoso, Semimembranoso, Piriforme, Glúteo menor, Recto Abdominal y Sóleo
- Zona Iliosacra: Elevador del ano y coccigeo, Glúteo medio, Cuadrado Lumbar, Glúteo mayor, Multífido, Sóleo y Recto Abdominal
- Zona Lumbar: Glúteo medio, Multífido, Iliopsoas, Longísimo, Recto del Abdomen, Iliocostal torácico y lumbar

Encontramos puntos gatillo activos a nivel de Cuadrado Lumbar derecho y Glúteo Medio derecho, que además aparecen débiles a la exploración

El resto de la exploración aparecen bandas tensas e hiperalgesia en Piriforme, Glúteos, Sóleo y Longísimo torácico

En el abdominal encontramos un hipertono no doloroso

6.3— ARTICULACIÓN SACROILÍACA

Palpación: Aparece dolor a la palpación de la Espina Iliaca Posterosuperior bilateral, pero en mayor grado la derecha. Y también es mayor la molestia a la palpación de la Espina Iliaca PosteroInferior.

Prueba de puesta en tensión de Ligamentos:

- Iliolumbar: Refiere tensión pero no dolor
- Sacroespinoso y sacroilíacos: molestias a nivel de pliegue inguinal, pero no resulta dolorosa
- Sacrotuberoso: Molestia inguinal, pero no hay irradiación

Prueba de Flexión en Sedestación: coloco los dedos pulgares en EIPS. Se solicita la flexión del tronco. Aparece asimetría, hay un bloqueo en la EIPS derecha, ya que asciende con la flexión .

Prueba de presión sobre el ilion: paciente en decúbito contralateral al lado afecto, al aumentar la presión sobre el ilion, la paciente refiere incremento de las molestias. Lo que confirma la patología en la sacroilíaca derecha.

6.4—ARTICULACIÓN COXOFEMORAL

MOVILIDAD ARTICULAR

— Flexión con rodilla flexionada: la movilidad es correcta, pero aparece molestias al final de la flexión en la cadera derecha, que podría indicar que la cabeza del fémur estuviera algo descentrada.

— Rotación Interna— externa: al comparar una pierna con otra, vemos que la rotación externa de la cadera derecha está algo disminuida

— Abducción— Adducción: Se nota tensión hacia la Abducción

PRUEBAS ESPECÍFICAS

Contractura del recto femoral (Psoas): En supino, llevo la rodilla hacia el pecho, y dejo caer la otra pierna en extensión. Se observa una mayor tensión en el lado derecho.

Test de Ober: Para valorar la contractura de la cintilla Iliotibial. El resultado es simétrico.

7.-DIAGNÓSTICO FISIOTERÁPICO

Teniendo en cuenta todas las pruebas podemos concluir que tenemos una cadena lesional a nivel de todo el Miembro Inferior derecho, que es la que está desencadenando el problema a nivel lumbar :

— Como problema principal, existe una afectación de la Articulación Sacroilíaca derecha, que podría ser la causante de la irradiación hacia el miembro inferior, así como la responsable de la aparición de los puntos gatillo en glúteo y cuadrado lumbar.

— Existe una afectación de la columna lumbar, siendo esta más marcada a nivel de la charnela lumbo—sacra. Donde encontramos una hipertonía de los músculos de la masa común sacro—lumbar, y una debilidad de la musculatura glútea

— Aparece una restricción de la movilidad a nivel de cadera derecha, con una importante tensión a nivel de Adductores, Psoas Ilíaco y Recto anterior.

— Existe una tensión importante a nivel de abdominales, y de la fascia anterior endotorácica.

— Encontramos un mal apoyo de la planta del pie derecho, donde se aprecia una debilidad del tibial posterior y de los Músculos Peroneos, así como un hipertono del músculo sóleo.

8.-TRATAMIENTO.

Programamos una continuidad del trabajo de una sesión a la semana, y le pediremos que vaya realizando ejercicios en su domicilio.

Como aparentemente el problema viene desde el apoyo, la dirección del tratamiento será de caudal a craneal, según lo cual nos vamos a fijar unos objetivos.

8.1— Mejora del apoyo plantar:

Mediante un trabajo manual, vamos a tratar de estimular los receptores a nivel de la planta del pie, y el trabajo activo de tibial posterior y perineos

Para relajar sóleo realizamos masoterapia y usamos el "spray and stretch"

En casa le recomendamos que con ayuda de una pelota, estimule toda la planta del pie.

8.2— Mejora de la movilidad de la cadera

Relajamos Recto anterior, Adductores y Psoas, mediante masaje longitudinal de las bandas tensas, estiramientos, y "spray and stretch". Le enseñamos para que vaya realizando en casa.

Dado el bloqueo en Rotación Interna de la cadera, vamos a manipularla en rotación externa, una vez relajada la musculatura. Primeramente realizamos técnicas articulatorias y de tracción para preparar la articulación y mejorar la elasticidad

8.3— Relajación de la musculatura abdominal y de la fascia endotorácica

Realizamos un pinzado—rodado de los rectos anteriores del abdomen.

Realizamos un trabajo miofascial sobre todas las fascias del abdomen, y procedemos a realizar un estiramiento del diafragma, que también se haya bloqueado.

8.4— Trabajo de la columna lumbar

Procedemos a la punción de los puntos gatillo encontrados en Cuadrado lumbar y Glúteo Medio.

Estiramiento y masoterapia de estos músculos.

Trabajo articulatorio de la zona, buscando aumentar la movilidad.

8.5—Desbloqueo de la Articulación Sacroilíaca

Estiramiento de la zona de los pelvitrocantéreos

Manipulación de la articulación sacroilíaca en decúbito contralateral, buscando abrir la articulación y darle movilidad.

8.6— Activación de la musculatura extensora de la cadera.

En bipedestación y mediante referencias manuales, vamos a tratar de hacer consciente al paciente de la necesidad de activar esta musculatura, para luego transferir su uso a la marcha.

8.7— Corrección postural mediante la enseñanza de ejercicios para realizar en su domicilio.

Dada la tensión de la cadena muscular anterior en la parte superior del cuerpo (cuello sobre todo) y en la cadena posterior del Miembros Inferiores y tronco Inferior, le enseñamos a la paciente dos posturas de Reeducción Postural Global para que pueda realizar en casa. Una de apertura y una de cierre, que tendrá que realiza durante 20 minutos al menos 2 veces por semana.

8.8— disminución del umbral del dolor.

Se le presta a la paciente un TENS, que deberá ponerse en su domicilio media hora, durante al menos 20 días seguidos, buscando disminuir la hiperalgesia de la zona lumbar.

9.-EVOLUCIÓN.

Ya tras la primera sesión la paciente refirió una discreta mejoría, que se podía también apreciar en el cambio postural (mayor extensión de cadera, con pelvis más a la retroversión, mejoría de la postura de la cabeza)

Se le explican los objetivos, la causa de su dolor, y la necesidad de que en su domicilio continúe con los ejercicios recomendados.

Dada la mejoría seguimos con el mismo plan de tratamiento, incidiendo en aquellas zonas que resultaban más problemáticas.

Tras un mes y medio, la sintomatología se había reducido considerablemente, exacerbándose únicamente en periodos de mayor estrés o de mayor exigencia física.

Para completar el tratamiento se le derivó al podólogo para que valore la posible colocación de unas plantillas, y al nutricionista, para que valore la posibilidad de establecer una dieta más alcalina, evitando así la acidosis derivada de la gran cantidad de actividad física.

8.-CONCLUSIONES

Un diagnóstico como lumbalgia debería ser evitado, en la medida de lo posible, y deberíamos de ir más allá en nuestras evaluaciones y ser más exhaustivos en la búsqueda del origen de un problema.

Invertir un mayor tiempo en la exploración, supone un ahorro tanto de tiempo, como económico, y evita que el paciente vaya continuamente de un especialista a otro, siendo sometido a continuas pruebas, buscando solución a un problema, que acaba por convertirse en crónico.

Creo que explicar al paciente cual es el problema, de dónde viene su dolor, y hacerle participe activo en su tratamiento, y de alguna manera responsable de su salud, lleva a conseguir mejores resultados.

Se hace necesario además, la ampliación del tratamiento de los pacientes a un campo multidisciplinar, y un trabajo en equipo para poder encontrar la mejor solución.

9.-BIBLIOGRAFÍA

1. Moore LK, Agur MRA. Fundamentos de anatomía con orientación clínica. Panamericana; 2003.
2. Putz RV, Pabst R. Sobotta. Atlas de anatomía humana. Panamericana; 2006.
3. Chaitow I. Terapia manual. Valoración y diagnóstico. Mc Graw Hill. 2001.
4. Backup k. Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. Exploraciones – signos – síntomas. Masson 1997.
5. L. Busquets. Las cadenas Musculares. Tomo I. Paidotribo 2007.
6. L. Busquets. Las cadenas Musculares. Lordosis, cifosis, escoliosis y deformaciones torácicas. Tomo II. Paidotribo 2007.
7. Philippe Campignon. Cadenas Musculares Y Articulares. Concepto G.D.S. Nociones de base. Autor—Editor. 2001
8. Philippe Campignon. Cadenas Musculares Y Articulares. Concepto G.D.S. Cadenas de la personalidad. Tomo I. Cadenas Antero—Medianas. Autor—Editor. 2010.
9. Philippe Campignon. Cadenas Musculares Y Articulares. Concepto G.D.S. Cadenas de la personalidad. Tomo II. Cadenas Postero—Externas. Autor—Editor. 2011.
10. Kapandji. I. A. Fisiología articular. Médica Panamericana. 2010.
11. Medows J. Diagnóstico diferencial en fisioterapia. Mc Graw Hill 2000.
12. Bienfait M. La reeducación postural por medio de las terapias manuales. Paidotribo; 1999.
13. Pilat A. Terapias miofasciales: Inducción miofascial. Aspectos teóricos y aplicaciones clínicas. Mc Graw Hill 2003.
14. Simons DG, Travell JG, Simons LS. Travell y Simons. Dolor y disfunción miofascial. El manual de los puntos gatillo. VOLUMEN 1. Mitad superior del cuerpo. Médica Panamericana. 2002.
15. Simons DG, Travell JG, Simons LS. Travell y Simons. Dolor y disfunción miofascial. El manual de los puntos gatillo. VOLUMEN 2. Mitad inferior del cuerpo. Médica Panamericana. 2002.
16. F. Ricard, J. Salle. Tratado de Osteopatía. Panamericana. 2003
17. P.E. Souchart. Stretching Global Activo (I): De la perfección Muscular a los resultados deportivos. Paidotribo 2006.
18. P.E. Souchart. Stretching Global Activo (II): De la perfección Muscular a los resultados deportivos. Paidotribo 1998.
19. D. Butler. Explicando el dolor. Noigroup. 2010.
20. T. Watson. Electroterapia: Práctica basada en la evidencia. Elsevier 2009.