



doctormanos00@gmail.com

DORSALGIA RARA

23-feb-2008

En 1.988 publicó Robert Maigne un artículo en la Revista de Medicina Ortopédica, titulado: Lumbalgia por “*blindaje celulálgico lumbar*” *Revue de Médecine Orthopédique*. 1988; 12:43-44. Lumbalgia por «blindaje» celulálgico lumbar. R. Maigne (Lumbalgia Rara). Rara pero no infrecuente, 30 casos en dos años.

En dicho artículo relata un cuadro clínico característico y diferenciado de dolor lumbar que atribuye a una alteración específica de los planos cutáneos paravertebrales lumbares, dolor rebelde a los tratamientos habituales y de diagnóstico exclusivamente clínico por palpación de éstos.

Este dolor no tiene características particulares diferenciables. Es diario, tenaz, aumenta con el esfuerzo, y con algunas posturas. La sedestación, a menudo se tolera mal. El reposo es inefectivo. No alivia ni con infiltraciones, ni antiinflamatorios, ni por la fisioterapia, que en tales casos resulta a menudo más irritante.

En algunos pacientes parece haberse producido de golpe, tal cual, con agravación progresiva, y a menudo con afectación psíquica y aunque el sujeto casi siempre consigue adaptarse a su trabajo y actividades, lo hace limitando éste a lo esencial, y se queja. Se trata pues de un dolor penoso, tenaz y raramente invalidante.

El signo característico depende de la palpación de los planos cutáneos con el paciente tendido boca abajo, con la musculatura relajada. Se hace imposible coger un pliegue de piel entre el pulgar y el índice, y mucho menos un «pinzado rodado». Incluso con las manos planas y los dedos en oposición, es imposible provocar un atisbo de pliegue en la piel. Los planos cutáneos y subcutáneos están tensos, infiltrados, realizando un auténtico blindaje medio y simétrico.

La zona interna (medial) es la más infiltrada, estando los planos superficiales más adheridos a los planos profundos. En la perifería se pasa muy rápidamente de una zona infiltrada a una zona normal en la que el pliegue

de piel es fácilmente desplegable y todos los planos subcutáneos son ligeros, desplazables e indoloros.

La presión con el pulpejo de los dedos en cualquier sitio de la zona infiltrada es dolorosa y no tenerlo en cuenta puede ocasionar errores durante el examen segmentario. La presión axial de las espinosas es dolorosa en todos los segmentos lumbares porque esta maniobra comprime el tejido infiltrado doloroso contra la espinosa. Sucede lo mismo con la maniobra de presión lateral de la espinosa y con la búsqueda de un dolor articular posterior.

Durante el examen dinámico de la flexión anterior se tiene la impresión de que la falta de extensibilidad de los planos cutáneos infiltrados es la que limita el movimiento e impide que las espinosas se abran en abanico, provocando la rigidez del raquis, a veces incluso fijándolo durante la flexión del tronco. Como si se tratara de un “síndrome de la piel demasiado corta” ^{Rene Leriche}. Algo parecido a una extensa gelosa, tal y como lo relata la homotoxicología.

Maigne atribuye tales características a una alteración local del vegetativo. Propone un tratamiento con infiltraciones dérmicas de procaína al 1% y el despegamiento, amasamiento y regularización progresiva de los planos dérmicos. Una vez liberados éstos, la manipulación vertebral y/o la infiltración articular, solucionará el dolor.

Por la experiencia de la práctica diaria, se nos antoja que lo que describe Maigne en la zona lumbar, es perfectamente superponible en la zona dorsal. No es infrecuente en nuestra casuística, evidentemente no tan extensa como la de un servicio hospitalario especializado, encontrarnos con un tipo de dorsolumbalgia de estas características, dependiente de un empastamiento de los planos cutáneos de toda la zona dorsal, desde C7 a T9-T10. Las características del dolor son similares aunque de territorio más alto y en personas ancianas, el dolor inicialmente se atribuye a la osteoporosis y la anquilosis de todo el raquis torácico.

Desde hace mucho tiempo, miembros del “Grup Barcelona” tenemos comprobado que en la mayoría de estos casos un “lavado” con masaje con presión negativa (succión con ventosas) de toda la zona, reduce considerablemente y por bastante tiempo el dolor sufrido por el paciente.

El caso que describimos a continuación, puede servir de paradigma ante una situación inicialmente desconcertante en consulta:

A.G.M. es una paciente de 58 años de edad, con antecedentes patológicos de intervenciones múltiples abdominales, conocida por sus crisis de dolor lumbar recidivantes no atribuibles a causa específica, y que se solucionan a medida que aparecen con el tratamiento manual adecuado en cada caso. De carácter dinámico pero lábil, regenta un local de librería y revistas. Acude a la consulta en esta ocasión porque desde hace unos días se levanta cada mañana con un dolor dorsal bajo que le “hace la vida imposible”. La sedestación y el decúbito le provocan aumento de las molestias y la deambulación es lo único que le permite un ligero alivio.

A la exploración, toda la zona de piel y planos profundos es intocable, resultando imposible cualquier maniobra de deslizamiento o pellizcamiento de la misma. La presión sobre todas las espinosas desde C7 hasta T9 es extremadamente dolorosa especialmente en T6 y T7.

Al intentar una maniobra global de manipulación-estiramiento de la zona dorsal con apex en T7 (el abrazo del oso), ésta resulta imposible, por lo que optamos por efectuar un “lavado” de arrastre con ventosa, utilizando el Vacuumther, aparato de terapia por vacío diseñado por un científico innovador del País Vasco, amigo y simpatizante del GBMOIM, que permite regular progresivamente el grado de succión mientras se efectúa un “masaje” de deslizamiento asimilable al de un “pinzado rodado” por la zona a tratar.



Se inicia el tratamiento en toda la zona dérmica deslizando el “cabezal ventosa” a una intensidad de succión inicialmente tolerable por el paciente y a los cinco minutos se consigue que la paciente tolere una succión suficiente para que el cabezal se sujete por sí mismo en su espalda. Las características del diseño del cabezal (este aparato viene acompañado de varios cabezales, cada uno con finalidades específicas) facilitan un arrastre muy parecido al del pinzado rodado, barriendo toda la zona tensa y empastada hasta que los planos de la piel permiten su deslizamiento manual.

Una vez conseguido esto, se mantiene el cabezal fijo sobre la zona de las espinosas más dolorosas a la presión. En este caso sobre T4 y T7.



A continuación efectuamos una nueva pasada de arrastre en toda la zona con la máxima succión tolerada por la paciente y finalizamos con un suave masaje manual superficial de carácter relajante con ayuda de un aceite esencial de características sedantes.

Tras unos minutos de descanso, la tolerancia de la paciente a las nuevas maniobras exploratorias permite identificar el segmento T6-T7 como el posible origen de su dolencia.

La maniobra de manipulación dorsal en extensión con apoyo en T7 y contraapoyo esternal, con la paciente sentada, ahora sí es posible efectuarla, cediendo de inmediato el dolor que manifestaba la paciente tras su ejecución.

El hecho de que inmediatamente se sienta cómoda y tolere la sedestación, da por terminado el tratamiento.

Se le recomiendan los cuidados habituales, sobretodo posturales, y se cita a la semana siguiente para control.

(Al finalizar la consulta, la señora nos refiere que unos días antes se vio obligada a trasladar y apilar ella sola más de 400 paquetes de revistas)

Nota de consenso GBMOIM:

Los resultados derivados del enfoque terapéutico en este caso, típicamente tributario de tratamiento por técnicas de Medicina Manual, permiten sacar varias conclusiones:

- En primer lugar, que cualquier manifestación clínica dolorosa o incapacitante de carácter menor del sistema musculoesqueletico, que por sus características en la exploración y comportamiento pueda resultarnos “rara”, puede haber sido ya estudiada y tratada por alguien con anterioridad, que incluso haya podido publicar sus conclusiones sobre la misma, lo que debe estimularnos al estudio.
- Que muchos patrones clínicos en procesos dolorosos del aparato locomotor se repiten con las mismas características en muchos casos, sin que podamos llegar a conocer los motivos desencadenantes de los mismos, a pesar de todas las exploraciones practicadas.
- Que es precisamente la exploración clínica manual reglada del paciente la que nos permite, tras un somero ejercicio de diagnóstico diferencial, llegar a un buen diagnóstico y sentar las bases para una indicación terapéutica, ya que en muchos de estos casos, los resultados de las exploraciones complementarias, incluso las más sofisticadas, son totalmente anodinos.

- Que siempre existe en Medicina Manual alguna opción de tratamiento adecuado al caso entre el conjunto de recursos terapéuticos aplicables desde los más sencillos como son el reposo y las medidas higiénicas posturales hasta los más agresivos, como podríamos considerar a la manipulación y la infiltración, pasando por los variados tratamientos de partes blandas, de los que en éste caso se ha hecho uso con acierto.
- Que los tratamientos previos de partes blandas, bien elegidos en su indicación y bien aplicados en su técnica, son una ayuda magnífica de preparación a la manipulación.
- Y finalmente, que muchas veces es bueno recurrir a la ayuda de aparatos de Medicina Física, cuando éstos por su buen diseño, su fiabilidad y su fácil control, mejoran la aplicación del masaje complementando la técnica manual del mismo, permiten una mejor regulación de la intensidad o aportan innovaciones beneficiosas (como son en este caso la presión negativa y la aplicación del tratamiento a diversos trenes de impulsos) si, además, cumplen con las normas de seguridad establecidas por la legislación.