

EL SÍNDROME DE LA CHARNELA DORSO-LUMBAR

ORIGEN DE ERRORES DIAGNÓSTICOS

Prof. R. MAIGNE (Paris)

(Traducción del Dr. F. Colell GBMOIM)

Introducción

El papel de la charnela dorso lumbar (C.D.L.) es muy desconocido en el terreno de la patología vertebral común. Algunas razones pueden explicar la falta de atención en esta región:

1 – Los pacientes casi nunca presentan dolor en la zona dorso lumbar. Los dolores de los que es responsable, son todos referidos a distancia.

2 –Las lesiones degenerativas radiológicas de la charnela dorso lumbar (T11 - T12 - L1) son bastante raras comparadas con las de la región lumbosacra.

3 – Solo un examen clínico atento y sistemático permite el diagnóstico al evidenciar un segmento vertebral doloroso a este nivel.

La causa habitual es un “Desarreglo Doloroso Intervertebral Menor” (R. Maigne - Painful intervertebral dysfunction), T11-T12, T12-L1, el más frecuente. Excepcionalmente puede tratarse de una hernia discal, o patología grave (mieloma, metástasis...) La manifestación más frecuente de este “*Síndrome de la charnela dorso-lumbar*” es una lumbalgia baja que simula en todo una lumbalgia de origen lumbosacro o sacroilíaco. Es la primera manifestación sobre la que llamamos la atención (1972). Pero también puede manifestarse como dolores abdominales bajos pseudoviscerales, o dolores que simulan una bursitis trocantérea o, más raro, un dolor en zona púbica.

Estas manifestaciones pueden aparecer asociadas o aisladas.

Las manifestaciones dolorosas coinciden con la distribución de los nervios raquídeos correspondientes (T12, L1). Comprometidas con alteraciones tisulares reflejas, consecuencia de un “*Síndrome céluloperiostiomialgico de origen vertebral*” (R. Maigne) puestas en evidencia por el examen (**Fig. 1**).

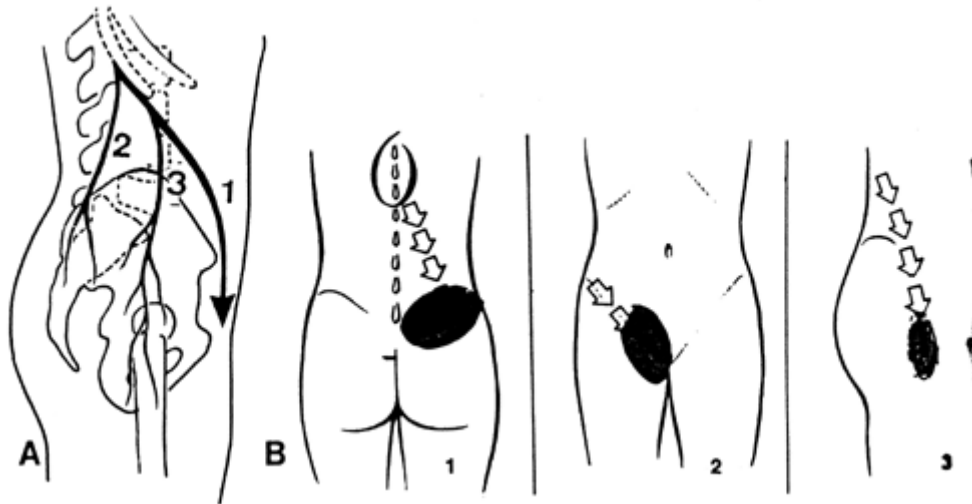


Figura 1:

A) Distribución esquemática de los nervios raquídeos T12 y L1

1. Rama anterior
2. Rama posterior
3. Rama lateral perforante cutánea

B) Los dolores proyectados a partir de la charnela dorso-lumbar ocupan el territorio cutáneo de estos nervios, asiento de una celulagia refleja. Pero estos dolores se perciben como dolores profundos.

1. Lumbalgia (rama posterior).
2. Dolor pseudovisceral y de la ingle (rama anterior).
3. Dolor pseudotrocantéreo (rama perforante).

El origen habitual es un desarreglo intervertebral menor de un segmento de la charnela dorso lumbar.

El diagnóstico de este síndrome es única y exclusivamente clínico.

RECUERDO ANATOMO-FISIOLOGICO

Biomecánica

La charnela dorso lumbar tiene características biomecánicas particulares. Transición entre la columna lumbar en la que el movimiento de rotación es casi inexistente y la columna dorsal en la que este movimiento de rotación es libre.

Esencialmente, ello es debido a la orientación de las articulaciones interapofisarias. Orientadas en el plano frontal en el raquis dorsal. Por el contrario, orientadas en el plano sagital en el raquis lumbar. Esta disposición debería permitir que el raquis dorsal tuviera una movilidad particularmente libre, sobretodo en rotación, si las costillas no estorbaran. Por contra, el movimiento de rotación es prácticamente nulo en el raquis lumbar, salvo cuando está en ligera flexión. Esta rotación es del todo imposible cuando el raquis lumbar está en extensión.

Anatómica y fisiológicamente, T12 es una vértebra intermedia, transicional, en el hombre y en la mayor parte de los cuadrúpedos. Puede ser T11 en algunos individuos. Esta vértebra transicional separa el segmento Cervicodorsal del segmento lumbosacro.

Las articulaciones superiores de T12 tienen la forma de las de las vértebras dorsales y las inferiores la de las vértebras lumbares. Hay pues una cierta ruptura de la armonía del movimiento que favorece las presiones padecidas en esta región. De alguna manera T12 es una vértebra charnela a través de la que se efectúan los cambios de posición en inflexión lateral, en flexión y en extensión, de dos segmentos vertebrales (**Fig. 2**).

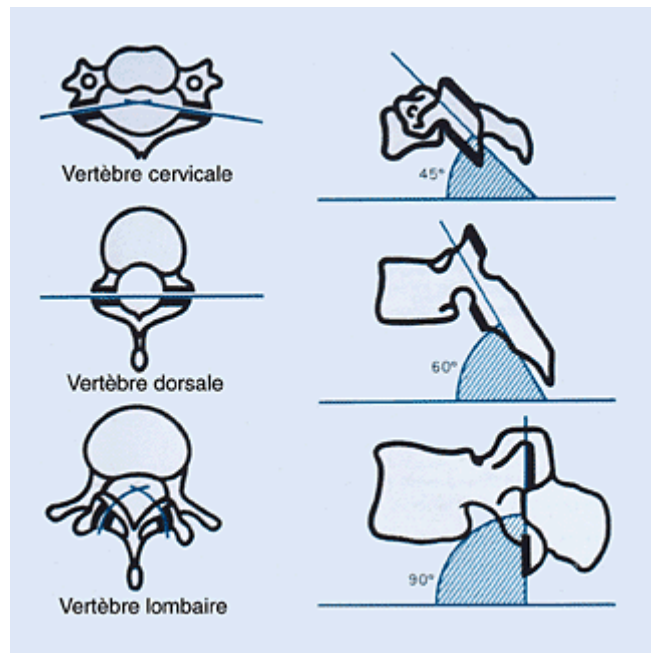


Figura 2: Orientación de las articulaciones posteriores (A.P.) dorsales y lumbares. Es:
 - frontal para el raquis dorsal bloqueando la rotación
 - sagital para el raquis lumbar lo que bloquea la rotación
 T12 es transicional, dorsal para sus A.P. superiores, lumbar para las inferiores.

Sabemos que T11, T12, y L1 son asiento de fracturas-aplastamiento en caso de traumatismo, con una particular frecuencia. Cuanto menos, hay que remarcar, que esta zona de la charnela dorsolumbar, sometida a esfuerzos considerables, presenta pocas lesiones degenerativas, al contrario que la charnela lumbosacra.

Lesiones degenerativas

Las lesiones radiológicas degenerativas de la charnela dorsolumbar son poco frecuentes en las radiografías estándar. Un poco más a examen RMN-TAC. En un estudio sobre cadáveres en Finlandia, Malmivara pudo constatar

que T11 es más a menudo transicional que T12. Pero sobretodo observó que el segmento suprayacente (T10 - T11) presente lesiones discales, y que el segmento subyacente (T12 - L1) presenta lesiones degenerativas de las articulares posteriores.

Estas lesiones degenerativas no son más frecuentes entre los sujetos que tienen un síndrome de la unión dorsolumbar que entre un grupo testigo de sujetos de la misma edad que no lo presentan. De todas maneras, los sujetos que tienen marcadas lesiones secuelas de enfermedad de Scheuerman, o nódulos de Schmorl a nivel de la charnela dorsolumbar, parece que son más vulnerables.

Los nervios raquídeos T12 y L1

Los nervios raquídeos T12 et L1 emergen del raquis a nivel de la charnela dorsolumbar. Estos dos nervios tienen trayectos similares (**Fig. 3**) :

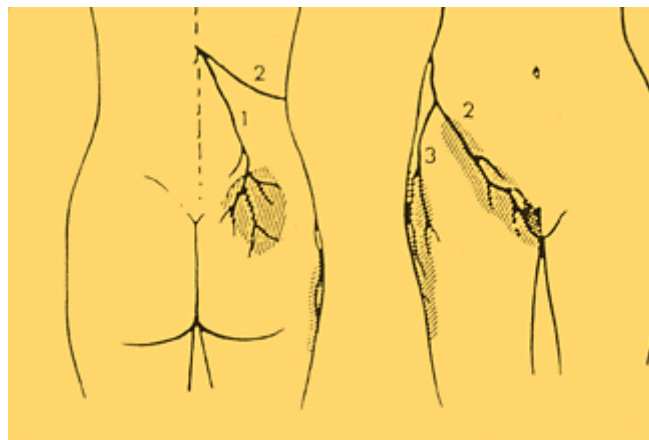


Figura 3: Territorios cutáneos inervados por T12 et L1.

Estos dos nervios tienen una distribución comparable :

- 1 territorio de la rama posterior
- 2 territorio de la rama anterior
- 3 territorio de la rama lateral cutánea originado de la rama anterior

La rama anterior (ramus anterior) inerva:

- Los planos cutáneos de la región abdominal inferior, la cara superointerna de los muslos, los labios mayores o el escroto.
- La parte inferior de los músculos rectos abdominales (rectus abdominis) y los transversos abdominales.
- El pubis.

De cada una de las ramas anteriores de T12 et L1 se desprende, en la vertical del trocánter, un ramo cutáneo perforante lateral (ramus cutaneus lateralis) que inerva la piel de la parte superoexterna del muslo. Los ramos cutáneos de la rama posterior (posterior ramus) inervan los planos cutáneos lumbares bajos y la parte superior de los glúteos, accesoriamente junto con los de T11 y de L2. Las anastomosis son frecuentes, con numerosas variantes individuales.

Desde nuestra primera descripción de este síndrome (1972), hemos practicado múltiples disecciones para estudiar la inervación cutánea de esta región. La última serie fue hecha por J.Y. Maigne (1988). Constató tres distintas disposiciones de la rama cutánea de estas ramas posteriores (**Fig. 4**).

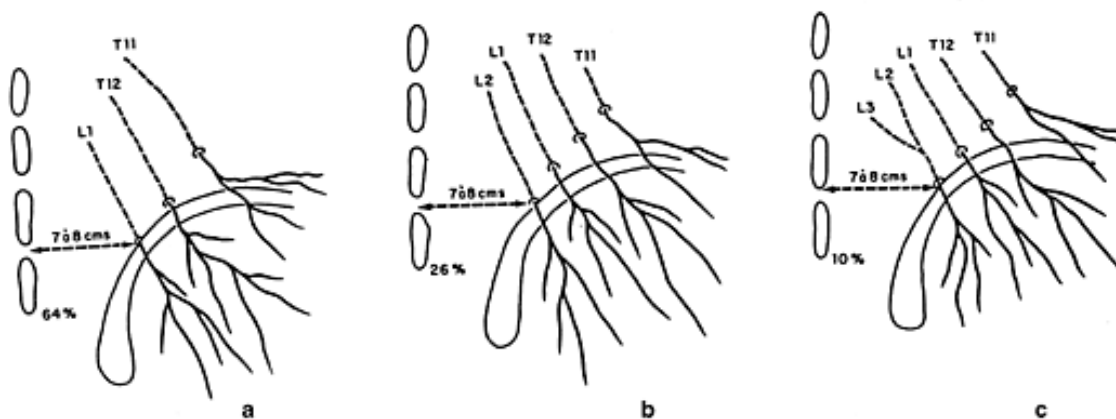


Figura 4: Ramos cutáneos de las ramas posteriores inervando la región glútea. La rama posterior más interna cruza siempre la cresta ilíaca a 7-8 cm. de la línea de las espinosas. Notar que la de T11 inerva una zona de piel a caballo de la cresta ilíaca, y la de L3, cuando existe, se anastomosa con la de L2. Existen entre estas ramas anastomosis cercanas a su origen vertebral.

- en el 60% de los casos, L1 cruza la cresta ilíaca a 7 cm de la línea media, T12 lo hace ligeramente más lateral.
- en el 40% de los casos, es L2 la que cruza la cresta ilíaca a 7 cm de la línea media, y L1 lo hace ligeramente más lateral.
- Observó, además que el ramo más interno atraviesa un espacio osteoaponeurótico estrecho, donde puede ser fuertemente comprimido (2 casos en 37 disecciones).

EXAMEN DE LA CHARNELA DORSOLUMBAR

Solo el examen vertebral segmento a segmento y solo él pondrá en evidencia el dolor de uno o dos segmentos de la charnela dorsolumbar. Este dolor segmentario significa habitualmente la existencia de un “Desarreglo Intervertebral Menor” (D.D.I.M.) (Painful intervertebral dysfunction) a ese nivel.

El examen se hace con el paciente tumbado transversalmente en la camilla boca abajo, con un cojín bajo el vientre. Hay que estar atento y ser minucioso.

Examen segmentario

Se examina segmento tras segmento con maniobras que solicitan directamente las vértebras con el fin de provocar dolor y poner en evidencia un sufrimiento segmentario. Maniobras que son indoloras en un segmento normal. Dos de ellas son particularmente útiles en esta zona:

1. Presión lateral en las espinosas:

De D9 a L3, con el pulgar o aún mejor con los dos pulgares superpuestos, efectuaremos presiones lentas apoyadas en cada espinosa de forma tangencial a la piel. La maniobra se hace de derecha a izquierda y de izquierda a derecha. En el caso de un D.D.I.M., en general solo duele en un solo sentido: de derecha a izquierda en una lumbalgia derecha, y excepcionalmente al revés (**Fig. 5**).

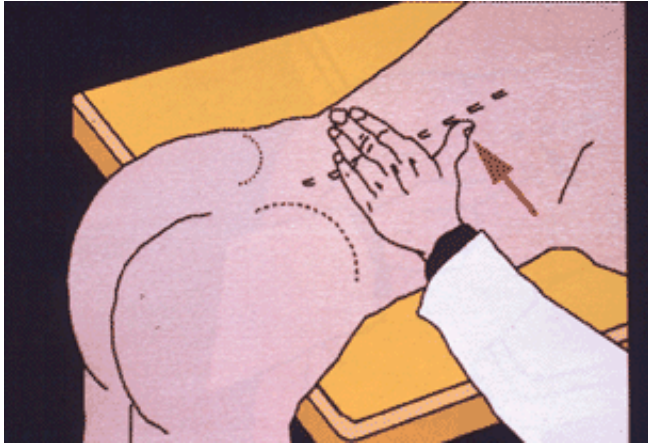


Figura 5: búsqueda del segmento dorsolumbar doloroso: presión lateral en las espinosas hecha lentamente de D10 à L2 a la derecha, después a la izquierda. Esta maniobra provocará dolor en la vértebra responsable y generalmente en un solo sentido (derecha-izquierda o izquierda-derecha). Ver la posición del paciente para el examen.

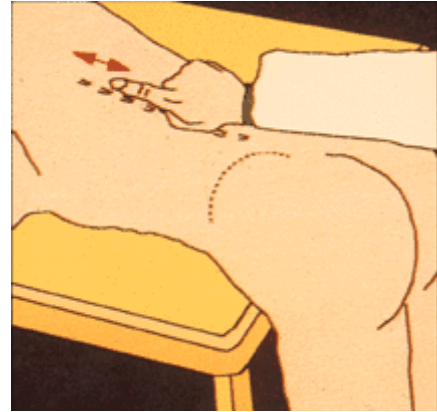


Figura 6: Búsqueda del punto articular posterior. El dedo del médico se desliza a 1 cm. de la línea media apoyando en la región paraespinal de arriba a abajo de D10 a L2, con pequeños movimientos de fricción profunda. Se pondrá en evidencia la sensibilidad del macizo articular posterior responsable, siempre situado en el mismo lado que el "punto de cresta". En este punto se hará la infiltración de procaina o de cortisona.

2. Presión-fricción en las articulares posteriores:

Con el pulpejo del dedo medio (reforzado por el índice que se apoya sobre la falange distal del medio), se ejerce una presión-fricción apoyada y lenta recorriendo una línea paralela a la de las espinosas, a 1cm. de la línea media, en cada lado. Esta maniobra debe ser firme con presión constante y pequeños movimientos de vaivén verticales. No es dolorosa en los segmentos normales; pero, desvela un dolor preciso en la articulación posterior de un solo lado, en el segmento responsable del que sufre el paciente (**Fig. 6**).

os signos se pueden encontrar en el mismo segmento de manera menos constante: dolor a la presión axial en la espinosa hecha con los dos pulgares superpuestos; y dolor del ligamento interespinoso del segmento al presionarlo con el borde redondo de una llave.

Este examen segmentario evidencia el dolor de un segmento de la charnela lumbosacra, a veces de dos segmentos adyacentes (**Fig. 7**).

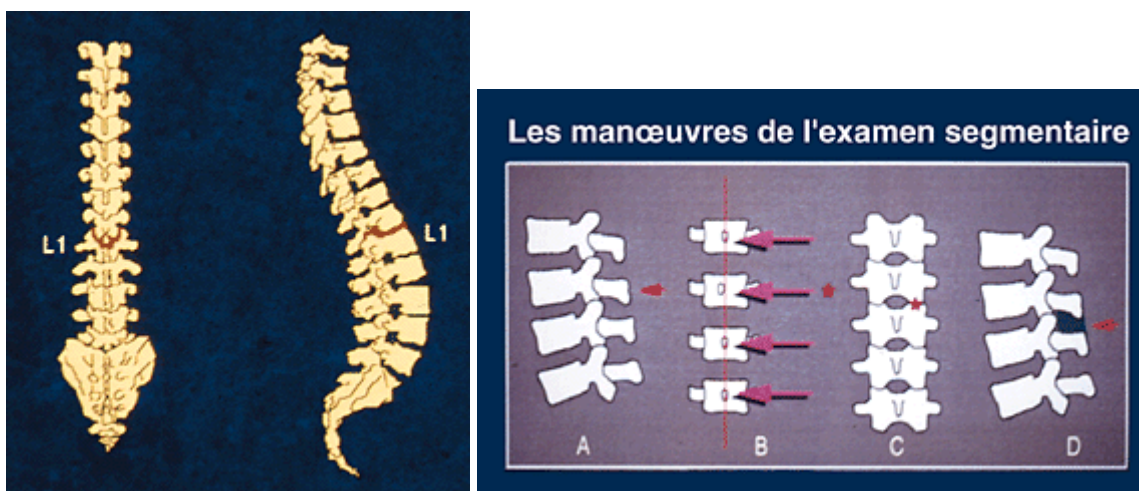


Figura 7: La mayoría de las veces es el segmento T12-L1 el que revela dolor al examen segmentario, pero puede aparecer en T10-T11, T11-T12, o en L1-L2.

Examen radiológico

Normal en la mayoría de casos, o solo muestra lesiones degenerativas menores no significativas. No es raro apreciar la existencia de una antigua fractura-aplastamiento de T12 o de L1 a menudo ignorada. Excepcionalmente, se aprecia una hernia discal o una patología orgánica grave: espondilodiscitis, mieloma, etc. o los primeros signos de una espondiloartritis anquilopoyética. Hemos estudiado (radiografías, RMN, TAC) esta región en dos grupos de idénticas edades, uno con síndrome de la unión dorso lumbar y el otro como testigo. No hemos constatado diferencias sensibles entre los dos grupos.

Examen de las manifestaciones celulo-periostio-miálgicas reflejas

La segunda parte del examen consistirá en buscar las manifestaciones del « **síndrome segmentario célulo-perióstico-miálgico** » (R. Maigne).

Son manifestaciones neurotróficas reflejas provocadas por la disfunción dolorosa del segmento vertebral en el territorio del nervio raquídeo correspondiente. Están implicados los planos cutáneos (celulalgia), ciertos músculos (cordones miálgicos) y las inserciones tenoperiósticas hipersensibles a la palpación. La mayoría de las veces desconocidas por el paciente.

Estas manifestaciones celulo-teno-mialgicas, pueden ser Activas o Inactivas :

Las activas son las responsables de los dolores locales o a distancia

Las inactivas aparecen como dolorosas en la exploración pero no provocan ningún dolor al paciente espontáneamente.

- la “**Celulalgia**”: el pliegue cutáneo es más o menos espeso, pero siempre doloroso en toda o una parte del territorio cutáneo del nervio raquídeo correspondiente.

- los “**Cordones mialgicos**”: la palpación muestra cordones indurados y dolorosos en algunos músculos inervados por el mismo nervio.

Estos cordones pueden presentar “Trigger-points” (puntos gatillo) responsables de dolores a distancia. La presión del dedo sobre ellos reproduce esas irradiaciones dolorosas.

Janet Travell y Davis Simona han descrito cordones similares con trigger points que atribuyen a la sobrecarga del músculo, lo que es cierto. Pero desconocen la frecuencia de su origen vertebral. El hecho de su desaparición inmediata tras un tratamiento vertebral eficaz, nos da prueba de ello. El origen mixto no es raro (sobrecarga muscular y disfunción vertebral)

- **Hipersensibilidad** a la palpación de las estructuras **tenoperiósticas**.

En el síndrome de la charnela dorsolumbar, la “celulalgia” domina la sintomatología. La encontraremos en un solo lado en uno de los tres o en los tres territorios de inervación cutánea de los nervios raquídeos correspondientes: territorio posterior (rama posterior del nervio), territorio anterior (rama anterior del nervio), territorio lateral (ramus cutaneus lateralis). También podemos encontrar cordones miálgicos en el cuadrado lumbar, en la parte inferior del recto abdominal y dolores de inserción en el pubis.

Todas estas manifestaciones reflejas se encuentran en un solo lado, el del dolor de la articular posterior del segmento vertebral afecto de “Desarreglo Doloroso Intervertebral Menor”.

- Nunca se presentan juntas en su totalidad.
- La celulalgia posterior es la más frecuente. Prácticamente constante.

Todas estas manifestaciones reflejas no son sistemáticamente “activas”, es decir, responsables de los dolores que siente el paciente. Algunas son “inactivas” y se descubren simplemente al examen. Pueden convertirse en “activas” en cualquier momento.

Es frecuente, en el paciente que sufre solo de lumbalgia, el encontrar además de la celulalgia glútea “activa”, una zona de celulalgia abdominal muy dolorosa al pinzado-rodado cuando espontáneamente el paciente no sufre en esta zona. Existe pues:

- un “*Síndrome semiológico de la charnela dorsolumbar*” encontrado por el examen sistemático, que es muchas veces completo, y,
- un “*Síndrome clínico*”, el que sufre el paciente, que solo afecta a una región o dos, muy raramente las tres a la vez.

Importante: esta semiología se puede apreciar incluso fuera de los episodios dolorosos.

ASPECTOS CLINICOS DEL SINDROME C.D.L.

Son los síntomas que aqueja el paciente. Se corroboran por los datos del examen paliatorio.

La lumbalgia baja es el síntoma más frecuente. Puede asociarse a uno o varios síntomas más: dolor abdominal pseudovisceral, dolor de cadera, o dolor. Esta lumbalgia baja puede pasar a segundo plano si uno de los otros síntomas se hace dominante.

El Desarreglo Doloroso Intervertebral Menor (D.D.I.M.)

Partiendo de la constatación de que algunos dolores vertebrales comunes se alivian a veces inmediatamente con la manipulación, R. Maigne se obligó a practicar en estos casos un examen con presiones específicas en cada segmento vertebral. Constató que, sometido a estas maniobras, existe siempre un segmento responsable doloroso, aunque el paciente no tenga obligatoria y espontáneamente dolor en ese nivel. Este segmento se vuelve indoloro después de la manipulación exitosa.

El examen segmentario comparte las siguientes maniobras:

- 1) presión axial postero-anterior en la espinosa
- 2) presión lateral en la espinosa de derecha a izquierda, y después de izquierda a derecha
- 3) presión-fricción en las articulares posteriores
- 4) presión en el ligamento interespinoso.

A esta disfunción dolorosa reversible, que el paciente a menudo ignora, le dio el nombre de “Desarreglo Intervertebral Menor” o D.D.I.M., término actualmente en uso en la Medicina Física y la Reumatología.

Estos D.D.I.M. tienen tendencia a autoalimentarse, sin duda a causa del particular funcionamiento de la columna vertebral que actúa bajo el signo exclusivo del automatismo.

Los D.D.I.M. pueden ser “activos” y responsables de dolores locales o a distancia por medio de manifestaciones reflejas que provocan en la metámera correspondiente y constituyen el “Syndrome cellulopériosto-myalgique vertébral segmentaire” (R. Maigne).

Los D.D.I.M. pueden ser “inactivos”, simple descubrimiento al examen.

Se encuentran en segmentos radiológicamente normales o con lesiones degenerativas. No tienen traducción en imagenología. Son los responsables de la mayoría de los dolores comunes de origen vertebral. La manipulación no es su único tratamiento, puede incluso ser insuficiente o estar contraindicada.

La lumbalgia baja de origen dorsolumbar

Es la primera manifestación del Síndrome de la Charnela Dorsolumbar (S.C.D.) que identificamos en 1.972, del que hemos descrito los signos característicos con el nombre de “lumbalgia baja de origen alto”. Normalmente se trata de un dolor crónico pero puede existir en forma aguda.

- el dolor es, generalmente, unilateral, siempre percibido en la zona sacroilíaca, lumbar baja, con irradiaciones posteriores a veces, y a veces irradiaciones laterales hacia el muslo. Se parece en todo a la lumbalgia de origen lumbosacro o sacroilíaco por lo que se confunde siempre su origen.

- el paciente, nunca se queja a nivel de la charnela lumbosacra.

En su forma crónica, la más habitual, es un dolor de tipo mecánico, que aumenta con los esfuerzos y determinadas posturas. Siempre se percibe como un dolor profundo y no como un dolor superficial. Se encuentra en todas las edades, pero afecta más a los mayores de 50 años que a los jóvenes. Puede aparecer aislada o asociada a una lumbalgia de origen lumbosacro.

En la forma aguda toma aspecto de lumbago agudo aparecido después de un esfuerzo o un falso movimiento, habitualmente en rotación. El raquis está rígido y doloroso, muy bloqueado, pero generalmente no hay actitud antiálgica como es habitual en los lumbagos de origen L4-L5 o L5-S1. Esta forma de lumbago es más frecuente entre los mayores de 50 años.

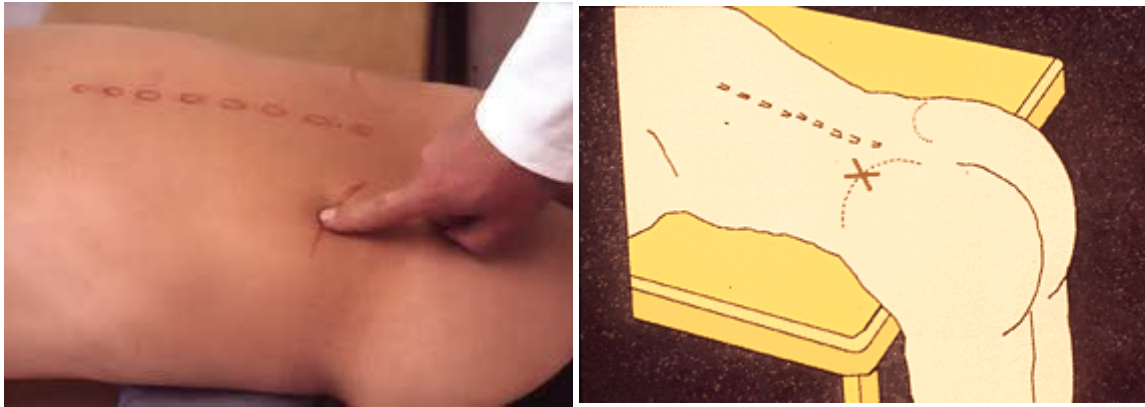
1. Signos de examen:

Como hemos visto, el examen segmentario de la charnela dorsolumbar la mayoría de las veces evidencia un D.I.M. en T12-L1. A veces de trata de T11-T12 o de L1-L2, incluso en algunos casos de T10-T11 si T11 es la vértebra transicional.

Por norma, los signos que se describen se sitúan en el mismo lado del dolor de la articular posterior del D.I.M.. Son unilaterales aunque el paciente tenga la impresión de un dolor medio o bilateral.

a. “El punto de cresta ilíaco posterior ”

El índice del medico recorre la cresta de dentro afuera, frotando a través de la piel con pequeños movimientos de vaivén transversal y vertical. **(Fig. 8a-8 b).**



Figur8

8:

- a) Búsqueda del “punto de cresta”. El índice del medico recorre la cresta de dentro afuera, frotando a través de la piel con pequeños movimientos de vaivén transversal y vertical. Cuando comprima el ramo del nervio sensible contra el hueso, despertará un vivo dolor en un punto preciso, le “punto de cresta” en el que la presión reproduce frecuentemente el dolor habitual del paciente.
- b) El “punto de cresta” más habitual se situa a 7-8 cm. De la línea media, a veces puede ser más interno o externo.

En un lugar preciso (lo habitual es a 7-8 cm de la línea media) aparece un punto muy doloroso, que recuerda al paciente su dolor habitual. Corresponde a la compresión de la rama cutánea irritada que proviene de D11, D12, y L1. Es el “punto de cresta posterior”. En primera instancia se atribuye a menudo a un dolor del ligamento iliolumbar. De hecho, este ligamento que se ancla en la vertiente interna de la cresta ilíaca es impalpable.

A tener en cuenta un hecho interesante. Incluso cuando el punto de cresta se sitúa más lateralmente, y sea el que sea el nivel vertebral (T11-T12, T12-L1 o L1-L2). Desaparece con la infiltración anestésica de la articulación del segmento responsable.

Como hemos visto, esto corresponde al nivel de paso del ramo cutáneo más central que habitualmente es L1, a veces L2.

Ello se explica:

1) porque las articulares posteriores reciben la inervación de varios niveles. Para la mayoría de autores, tres.

2) porque este ramo, el más interno, es el único que pasa por el desfiladero osteoaponeurótico en el que puede sufrir una irritación suplementaria, e incluso una verdadera compresión.

Esto crea lo que los americanos llaman un “double cross syndrome”, facilitando la eclosión de sintomatología.

Pero muy excepcionalmente hemos recurrido a la cirugía en estos casos.

b. La “celulalgia glútea”

El “pinzado-rodado”

Se examinan los planos cutáneos de la región lumbar inferior y la parte superior glútea con la maniobra del “pinzado-rodado”. Esta maniobra consiste en pellizcar firmemente entre pulgar e índice un pliegue de piel, y, manteniendo el pliegue, hacerlo avanzar rodando, como si se liara un cigarrillo.

Es una maniobra indolora o poco sensible en una zona normal. Por el contrario es extremadamente dolorosa en la zona celulálgica. Además, en esta zona limitada, el pliegue cutáneo tiene un tacto espeso y endurecido, a veces muy espeso y endurecido.

Esta maniobra debe ser dosificada, adaptada, pero sobretodo comparativa con el lado opuesto y las zonas vecinas.

La superficie afectada varia según el caso, ocupando la casi totalidad de la región glútea superior o una parte de ésta junto con una zona vecina del punto de cresta. **(Fig. 9-10-11).**



Figur5 9: El “pinzado-rodado”: esta maniobra evidencia una zona más o menos amplia, adyacente al punto de cresta en la que el pliegue cutáneo está infiltrado, espeso y doloroso (comparado con las zonas vecinas y el lado opuesto en el que la maniobra es indolora) Hay que pellizcar un pliegue de piel, estirarlo al máximo, y manteniéndolo estirado, rodarlo entre el pulgar y el índice.



Figura 10: Zona celulálgica y “punto de cresta”. La zona puede ser más o menos extensa según el caso.

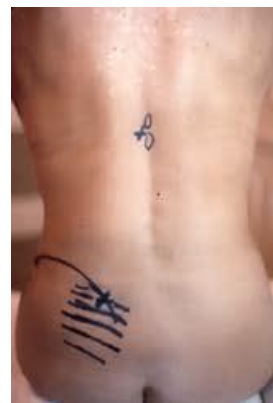


Figure 11: Ver la diferencia de nivel entre el de origen (nunca doloroso espontáneamente) y la región en la que se siente el dolor.

2. Prueba del origen dorsolumbar de la lumbalgia

La prueba aporta el alivio obtenido tras la infiltración anestésica hecha en el nivel del punto articular posterior, doloroso al examen. La aguja se clava perpendicularmente aproximadamente a 1 cm. de la línea media hasta el contacto óseo. Se inyecta, después de aspirar, de 2 a 3 ml. de xilocaina. On injecte, après vérification par aspiration, 2 à 3 ml de xylocaina. Se constata casi inmediatamente :

1. la desaparición del dolor y la molestia del paciente que libremente puede inclinarse, girarse, levantarse,
2. la desaparición del punto de cresta,
3. la disminución e incluso desaparición de la zona celulálgica que se vuelve ligera e indolora al pinzado-rodado.

El Síndrome Célulo-Teno-Perióstico-Miálgico Segmentario

Una disfunción dolorosa del segmento vertebral puede determinar perturbaciones reflejas en los tejidos de la metámera correspondiente, constituye el "Síndrome célula-teno-periostico-miálgico segmentario" (Robert Maigne).

Podemos encontrar :

- una celulalgia en toda o una parte del territorio cutáneo inervado por el nervio raquídeo correspondiente. Lo que es prácticamente constante en lo que concierne a los nervios del tronco, particularmente a las ramas posteriores que solo tienen esta semiología.

Esta dermo-celulalgia localizada, generalmente unilateral, es evidenciada por el pinzado-rodado ; que muestra un pliegue de piel más o menos espeso, a veces muy espeso, pero siempre doloroso con la maniobra.

Estas celulalgias localizadas comúnmente son inactivas, pero pueden ser responsables de dolores siempre sentidos como profundos y mal localizados por el paciente.

- los músculos del miotoma pueden presentar cordones indurados dolorosos a la palpación, con un punto central particularmente sensible en el que a presión causa o despierta dolores a distancia que inducen al equívoco. Estos puntos son análogos a los “trigger points” descritos por J Travell, pero este autor los atribuye a la fatiga de un músculo muy solicitado, habitualmente por motivos posturales. Ello es cierto, pero el origen vertebral, desconocido por este autor, también es frecuente. Por ejemplo: un punto miálgico del glúteo menor provoca irradiaciones ciáticas muy equívocas.

- por fin, las inserciones tenoperiósticas correspondientes al mismo circuito de inervación se muestran muy sensibles a la palpación, y presentan incluso a veces dolores espontáneos (algunas epicondilitis o epitrocleitis tienen un origen cervical, C6 - C7 o C8).

Tanto para la infiltración de la rama posterior como la de la articulación, aconsejamos dejar la aguja en el sitio, y esperar la desaparición del dolor con el pinzado-rodado y del punto de cresta a la presión en unos quince segundos (**Fig. 12-13**). Si no hay modificación es que la infiltración no se ha hecho en el nivel responsable o que hay que modificar ligeramente la situación de la aguja. El mismo resultado se obtiene con la manipulación si vuelve indolora la articulación posterior dorsolumbar responsable.

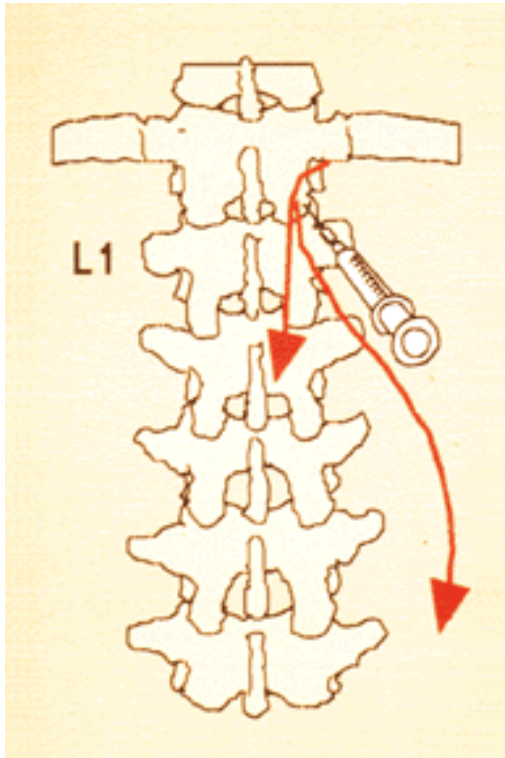


Figura 12: La infiltración se hace contactando con la articulación de la articulación posterior dolorosa posterior dolorosa. Puede hacerse un test (Xilocaina) o un tratamiento (corticoide).



Figura 13: La infiltración anestésica se hace segundos el punto de cresta y la celulalgia. La verificación se hace dejando la aguja en el lugar de punción. La infiltración se hace habitualmente sin control radiológico, pero éste se hace necesario si el cuadro clínico es típico y no ha mejorado con la infiltración a ciegas.

Si se practica una inyección placebo o si se inyecta xilocaina en otro nivel o más lateralmente al macizo articular posterior, no aparece ningún tipo de alivio ni efectos sobre el punto de cresta ni sobre la zona de celulalgia.

3. Frecuencia

En nuestra estadística, la frecuencia de esta forma aislada de lumbalgia es de un 30% del total de lumbalgias. Más frecuente en la población de más de 50 años. Puede aparecer asociada a una lumbalgia de origen bajo, lumbosacro, “forma mixta”. En esta forma mixta, cada uno de los orígenes juega un papel variable, según la evolución.

Un elemento que induce mucho a la equivocación en el diagnóstico en esta lumbalgia de origen dorsolumbar consiste en la frecuencia de lesiones radiológicas lumbares bajas (L4-L5-S1): discopatía, artrosis articular posterior, espondilolistesis, etc. que focalizan y llaman la atención y puede ser que no tengan ninguna incidencia en el dolor lumbar.

La lumbalgia que persiste después de una correcta intervención en una ciática discal, a menudo es de origen dorsolumbar. **(Fig. 14).**



Figura 14:

paciente operado de una ciática discal con buen resultado con el dolor de la pierna, pero con persistencia de una lumbalgia rebelde, de origen dorsolumbar.

Dolores pseudoviscerales

Es muy importante conocerlos. Son bastante frecuentes y responsables de errores diagnósticos que implican serias consecuencias.

El paciente puede aquejar dolor en la región abdominal inferior, en la ingle o en el testículo. Este dolor se vive como un dolor profundo a tensión, simulando exactamente un dolor visceral abdominal.

Puede tratarse de dolor pseudodigestivo, pseudourológico, pseudotesticular, y sobretodo pseudoginecológico. Con bastante frecuencia existe meteorismo abdominal.

Se trata de dolores moderados o episódicos que pueden aparecer al mismo tiempo que la lumbalgia. Lo habitual es que el paciente no los relacione, y por ejemplo, una paciente se trata en ginecología y al mismo tiempo en reumatología por la lumbalgia.

Estos dolores pseudoviscerales pueden también aparecer aislados. Y con cualquier modulación: ligeros, severos, a veces muy agudos. Pueden ser cotidianos o episódicos. El inicio mecánico del dolor raramente lo advierte el paciente.

Cuando son persistentes, provocan exámenes múltiples, investigaciones arduas. Y si se encuentra una pequeña anomalía, a menudo desembocan en una intervención quirúrgica inútil, sobretodo en el campo ginecológico.

También aquí el signo esencial del examen local es la celulalgia localizada, que revelará la maniobra del pinzado-rodado en una zona precisa de la parte inferior del abdomen y parte superointerna del muslo. Esta celulalgia es desconocida por el paciente. El dolor es unilateral como la semiología.

Falsos dolores de cadera

El paciente que presenta un S.C.D. puede consultar por un dolor de la región trocantérea que aumenta con la marcha, y a veces por un dolor en la ingle. Esto simula un dolor de cadera, y en el examen, los movimientos de flexión-abducción y a veces los de abducción, pueden ser dolorosos. Lo más corriente es que solo la palpación del trocánter sea dolorosa, y generalmente se diagnostica como tenobursitis trocantérea. Pero las infiltraciones locales no surten efecto. No son el tendón ni el trocánter los que duelen sino los planos cutáneos celulálgicos que lo recubren. Su compresión contra el hueso durante el examen simula perfectamente el dolor trocantéreo.

En algunos casos el dolor se irradia por la cara externa del muslo e incluso hasta la cara externa de la pierna, simulando una ciática y excepcionalmente se nota como sensaciones disestésicas, simulando una meralgia parestésica, pero con una topografía más alta en el muslo.

El examen mostrará:

1. Un “punto de cresta ilíaco lateral”: se sitúa sobre la cresta ilíaca en la vertical del trocánter. Corresponde al punto de paso del ramus cutaneus lateralis. Con frecuencia se aprecia a la palpación una pequeña muesca en este nivel sobre la cresta ilíaca. **(Fig. 15)**.
2. Una “zona celulálgica” dolorosa al pinzado-rodado que se extiende como una banda vertical por debajo de este punto. Corresponde al territorio de una de las dos ramas perforantes cutáneas (ramus cutaneus lateralis) nacidas de la rama anterior de T12 o de L1 (banda vertical estrecha).



Figura 15: Zona celulálgica y “punto de cresta” lateral en una paciente con dolor pseudotrocantéreo con irradiación pseudociática.

La infiltración del ramo nervioso cutáneo en el punto de cresta lateral, hace desaparecer el dolor celulálgico y el dolor a la presión del trocánter. Existen formas más o menos discapacitantes de estos falsos dolores de cadera. Los podemos encontrar también en los portadores de prótesis totales de cadera, que sufren dolor a pesar de que su prótesis está perfecta.

Según los tratados de anatomía, estos ramos cutáneos laterales no sobrepasan el trocánter. Constatada la banda dolorosa celulálgica, que por debajo del trocánter se extendía a veces hasta medio muslo, buscamos la verificación anatómica en una serie de disecciones. Jean Yves Maigne las realizó (40 disecciones), pudo constatar la existencia de tres tipos de ramos cutáneos: los cortos, los medios y los largos; estos últimos se podían seguir hasta medio muslo. Ello corrobora perfectamente nuestros hallazgos clínicos, y demuestra la importancia de la búsqueda de las zonas celulálgicas localizadas y unilaterales.

Pudo observar también en el transcurso de las disecciones la posibilidad de que el ramo nervioso esté fuertemente comprimido y estenosado en el lugar de su cruce con la cresta ilíaca (1 de 40 disecciones).

Parece pues que en algunos casos el factor canalar tenga un papel más o menos importante, realizando en la lumbalgia un “double cross syndrome”. El tratamiento médico a menudo es suficiente , pero en algunos casos rebeldes e invalidantes hemos tenido éxito recurriendo a la cirugía liberadora del ramo estenosado (Pr. Touzard, Pr. Doursounian).

Dolores púbicos

Cuando examinamos un paciente que presenta un S.C.D., se aprecia que el hemipubis es muy doloroso a la palpación-fricción en 1/3 de los casos. Y no lo es en el otro hemipubis.

Es relativamente raro que el paciente se queje espontáneamente de dolor púbico. Es más frecuente cuando se trata de deportistas que practican deportes en los que los músculos abdominales y adductores, que se insertan en ese pubis sensibilizado, están en alta sollicitación (fútbol, tenis,...).

Nos parece que este mecanismo tiene un papel importante en la aparición de algunas pubalgias, y hemos podido solucionar algunas que no eran muy antiguas (3 a 6 meses de evolución), únicamente con el tratamiento vertebral.

Con la evolución, y los traumatismos repetidos ; los fenómenos reactivos inflamatorios locales de los tejidos, se acentúan, se instalan, y no se obtiene el mismo resultado. Es evidente que existen otros mecanismos en la génesis de la pubalgia. No obstante ello , nos preguntamos si algunas de las intervenciones propuestas en esta patología no comportan también una denervación de esta región.

SYNDROME DE LA CHARNIERE DORSO-LOMBAIRE

Motif principal de consultation
sur 100 cas :

- 89 pour lombalgies
- 5 pour douleur face externe hanche et cuisse
- 3 pour douleur abdominale pseudo-viscérale
- 3 pour douleur pubienne

Parmi les 89 patients
consultants pour lombalgie :

- 13 avaient aussi des douleurs abdominales
- 7 avaient aussi des douleurs de la face externe de la hanche
- 2 avaient aussi des douleurs pubiennes

Cuadro resumen de los motivos de consulta entre 100 pacientes que presentaban un síndrome de la charnela dorsolumbar.

SUR 100 CAS

	PRESENCE	RESPONSABLE DE DOULEUR
CELLULALGIE LOMBAIRE	97	89
CELLULALGIE ABDOMINALE	60	16
CELLULALGIE FACE EXTERNE DE HANCHE	56	14
DOULEUR A LA PALPATION DU PUBIS	32	5

Cuadro de sintomatología de síndrome de la charnela dorsolumbar en 100 pacientes.

- signos de examen (en verde)
- dolores espontaneos (en amarillo)

TRATAMIENTO

Ante todo el tratamiento es vertebral

- Consiste la mayoría de las veces en manipulaciones en el segmento toracolumbar responsable. **(Fig. 16)**.



Figura 16: Tratamiento con manipulación sobre el segmento vertebral toracolumbar responsable.

- la infiltración cortisónica de la articulación posterior dolorosa puede completar la acción de la manipulación si ésta da un resultado insuficiente. La infiltración puede reemplazar la manipulación en el caso de que su realización sea imposible o esté contraindicada.

Tratamiento accesoriamente local:

- La infiltración del punto de cresta posterior o del punto de cresta lateral es un tratamiento complementario, a veces útil, a veces suficiente, para un alivio temporal.
- En los casos muy crónicos, el tratamiento local de las manifestaciones celulálgicas (inyecciones, masajes, fisioterapia) es a veces necesario.

- En los casos raros en los que se sospecha un síndrome canalar del ramo cutáneo posterior o del ramo cutáneo perforante lateral, y no responden al tratamiento médico, está justificada la cirugía de liberación.

Excepcionalmente el tratamiento puede ser quirúrgico en columna vertebral:

Hace 20 años, Henri Judet, junto con nosotros, quiso encontrar una solución para los pacientes que presentaban una lumbalgia de origen dorsolumbar invalidante que se habían aliviado con el tratamiento médico, pero por breve espacio de tiempo. Operó una quincena de pacientes practicando una capsulotomía posterior, con buen resultado. El buen resultado perduró en aquellos en los que la lumbalgia era únicamente de origen dorsolumbar, sin mínima asociación con lumbalgia de origen bajo.

Posteriormente hemos utilizado la electrocoagulación percutánea en los raros casos que la necesitan.

REFERENCIAS

Maigne R. - Un síndrome nuevo y frecuente el síndrome D12-L1 (lumbalgias bajas, dolores pseudoviscerales, falsos dolores de la cadera) *Rehabilitación*, 1977, 11, 197-210

Maigne R. - Sémiologie des dérangements intervertébraux mineurs. *Ann. Med. Phys.* 1972. 15, 277-289

Maigne R. - Dérangements intervertébraux mineurs et syndrome cellulo-téno-myalgique. Conceptions nouvelles des mécaniques des douleurs vertébrales communes. *Rev. Méditer. Sci. Méd.*, 1978 5, 337-348

Maigne R. - Origine dorso-lombaire de certaines lombalgies

basses. Rôle des articulations interapophysaires et des branches postérieures des nerfs rachidiens. Rev. Rhum. 1974, 41, 12, 781-789

Maigne R. - Le syndrome de la charnière dorso-lombaire. Lombalgies basses, douleurs pseudo-viscérales, pseudo-douleurs de hanche, pseudo-tendinite des adducteurs. Sem. Hôp. Paris 1981, 57, 11-12, 545-554

Maigne R. - Low back pain of thoracolumbar origin. Arch. Phys. Med. Rehabil. 1980, 61, 389-395

Maigne J.Y., Lazareth J.P., Guérin-Surville H., Maigne R. - The lateral cutaneous branches of the dorsal rami of the thoraco lumbar junction. An anatomical study on 37 dissections. Surg. Radiol. Anat. 1986, 8, 251-256.

Maigne R., Le Corre F., Judet H. - Premiers résultats d'un traitement chirurgical de la lombalgie basse rebelle d'origine dorso-lombaire. Rev. Rhum. 1979, 46, 177-183.

Maigne R. - Douleurs d'origine vertébrale. Comprendre, diagnostiquer et traiter. 1 vol. 454 p. Elsevier- Masson édit. Paris, 2006

Travell J., Simons D. Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual. 2 vol Williams and Wilkins pub. Baltimore 1999.