



Patología poco Frecuente de la Región Lumbo-sacra

- Doctor Mario Peña Cortés, Prof. Asoc de Med. Int., Coordinador de la Unidad de Reumatología.
 - Doctor Humberto Lizarazo Peñaloza, Prof. Asoc. de Med Int. en la Unidad de Reumatología.
- Fac. de Med. de la U. Nal. de Colombia.

Se analizan los datos relacionados con 565 pacientes que presentaban lumbalgia crónica como motivo de consulta.

El criterio para la inclusión de los pacientes en el trabajo fue la presencia de dolor lumbar crónico.

Se presentan los diagnósticos definitivos en el grupo de pacientes estudiados y se analiza en forma exhaustiva un grupo de 81 pacientes con "Mega-apófisis transversa de L5".

INTRODUCCION

El segmento lumbosacro constituye una de las regiones más importantes de la columna desde el punto de vista anatómico, funcional y patológico.

Está constituido por la última vértebra lumbar, la base del sacro, la porción interna del alerón ilíaco, el disco L5-S1 y los ligamentos respectivos.

Las alteraciones que se presentan en este nivel, clínicamente se traducen por dolor lumbar casi siempre de tipo crónico.

La lumbalgia constituye uno de los complejos sintomáticos más difíciles de evaluar y al mismo tiempo se convierte en un reto para el médico.

Cada día se hace más énfasis en la importancia de un diagnóstico y un tratamiento tempranos, porque cuanto más tiempo tarden, el paciente va a desarrollar otros síntomas, principalmente de tipo psicológico, que van a complicar el cuadro clínico inicial.

Actualmente se acepta que el 80% de la población presenta dolor lumbar en algún momento de su vida.

En Gran Bretaña el 4.2% de las consultas se solicita por causa de dolor lumbar, y en Estados Unidos el 11% de los hombres y el 9.5% de las mujeres sufren de lumbalgia.

Otro aspecto que se debe considerar es el socioeconómico, puesto que hoy el paciente con dolor lumbar se ha convertido en un gasto enorme para las instituciones, teniendo en cuenta los múltiples métodos diagnósticos, la falta de productividad y las indemnizaciones.

En Colombia, no existen datos bibliográficos al respecto, sólo hay informes parciales.

Por estas razones se presenta este trabajo en el cual se hace un análisis estadístico de las causas más frecuentes de dolor lumbar en nuestro medio.

La historia clínica constituye el elemento primordial para su diagnóstico. En la práctica se aprecia que casi todos los pacientes han sido vistos en muchas ocasiones por parte de diferentes especialistas y no existe una historia adecuada, siendo ésta una de las razones por las cuales se orienta mal el diagnóstico y la conducta terapéutica.

Con una historia completa, el médico puede orientarse hacia la causa probable del dolor: columna, partes blandas, vísceras abdomino-pélvicas, sistema nervioso y alteraciones psicológicas. A su vez, los estudios paraclínicos necesarios se deben solicitar de acuerdo con el planteamiento clínico.

OBJETIVOS

1. Presentar una revisión sucinta de la anatomía funcional lumbosacra.
2. Presentar las causas más frecuentes de dolor lumbar bajo.
3. Presentar una causa poco conocida de esta patología, la "mega- apófisis transversa de L5".
4. Resaltar algunos aspectos del diagnóstico diferencial.

ANATOMIA FUNCIONAL

La columna vertebral es la estructura de sostén durante la bipedestación y aporta dos funciones esenciales: estática y cinética. Desde el punto de vista biomecánico se debe considerar como una estructura constituida por varias “unidades funcionales”.

Cada unidad se compone de dos segmentos, uno anterior formado por los cuerpos y el disco y uno posterior constituido por los arcos vertebrales, las apófisis transversas, la apófisis espinosa y las articulaciones facetarias. El primero ejerce una función de carga y soporte y el segundo actúa como guía direccional (14, 15).

El movimiento se ejerce fundamentalmente en nivel de la región lumbosacra: el 75% de la flexión de la columna lumbar se realiza entre L5-S1 y desde el punto de vista patológico este sitio es considerado como el área crítica, por la frecuencia de presentación en este nivel de diferentes lesiones.

MATERIAL

Se estudiaron 565 pacientes con lumbalgia que habían consultado en varias ocasiones por esta causa, siendo este el criterio para su inclusión en el presente estudio.

METODO

1. Historia clínica.
2. Examen físico
3. Estudio radiológico de la columna lumbar y de la pelvis por los métodos convencionales.
4. Otros estudios de acuerdo con las características de cada paciente.

HALLAZGOS

Edad. El rango estuvo entre 18 y 76 años con un promedio de 47.8.

Sexo. Femenino: 376 (67%), masculino: 189 (33%).

Evolución del dolor. Osciló entre 1 y 20 años con un promedio de 8.6.

Profesión. Las más frecuentes fueron: ama de casa, conductor de bus, oficinista, estudiante, obrero y agricultor.

Obesidad. Estuvo presente en 87 pacientes (15.39%): 35 hombres y 52 mujeres. En todos había aumento importante del panículo adiposo en la pared abdominal anterior, hiperlordosis lumbar acentuada e hipotonía de la musculatura anterior del abdomen.

Otras condiciones asociadas. Pie plano longitudinal, pie plano anterior, *genu varum*, desigualdad en la longitud de los miembros inferiores.

En 21 pacientes (3.73%) se encontró variación en el número de las vértebras lumbares: 8 presentaban cuatro vértebras y 13, seis.

Se encontraron 81 pacientes (14.33%) con mega-apófisis transversa de L5, 30 unilaterales y 51 bilaterales.

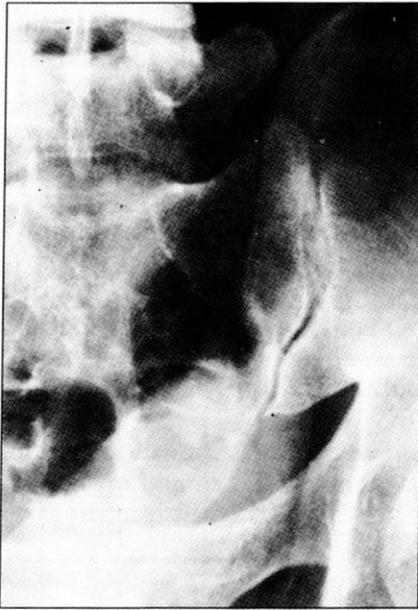
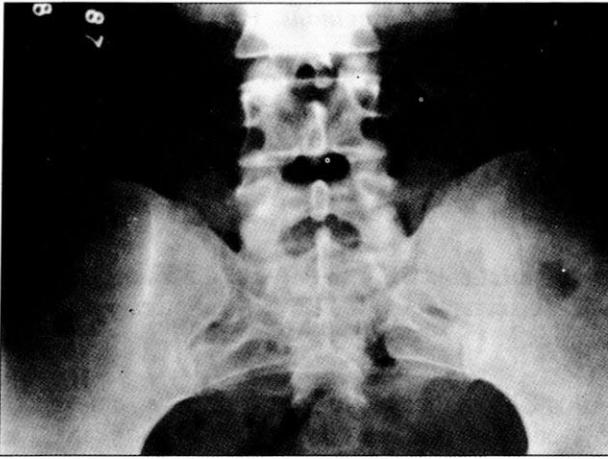
De los 81 pacientes con “mega-apófisis transversa de L5”, en 3 encontramos cuatro vértebras y en 5, seis vértebras.

El diagnóstico de todos los pacientes estudiados, incluyendo los 81 con mega-apófisis transversa de L5, se presenta en la Tabla 1.

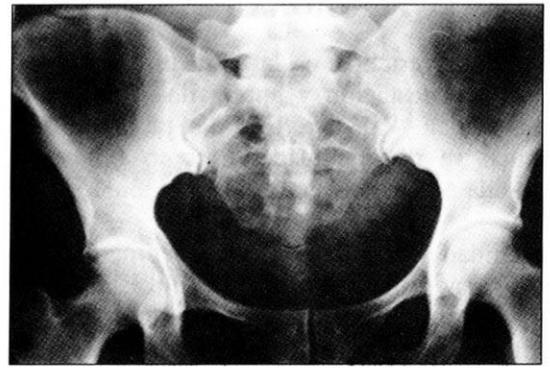
Tabla 1. Causas de lumbalgia.

Diagnóstico	Núm. ptes.	%
Artrosis	140	24.77
Imbalance	95	16.81
Mega-apófisis L5	81	14.33
Postural	76	13.45
Osteoporosis	70	12.38
Discopatía L5-S1	19	3.36
Sínd. miofascial	18	3.18
Esp. anquilosante	15	2.65
Enf. de cadera	12	2.12
Sínd. facetario	11	1.94
Ileítis condensante	10	1.76
Hernia de Copeman	8	1.41
Pott lumbar	6	1.06
Metástasis	4	0.70

Mega-apófisis transversa de L5. Como se mencionó inicialmente, uno de los objetivos del presente trabajo es la presentación de una causa poco conocida de dolor lumbar bajo, la “mega-apófisis transversa de L5”, que se caracteriza por la presencia de una apófisis gi-



Figuras 1 y 1a. Mega-apófisis transversa de L5. Grado I.



Figuras 2 y 2a. Mega-apófisis transversa de L5. Grado II.

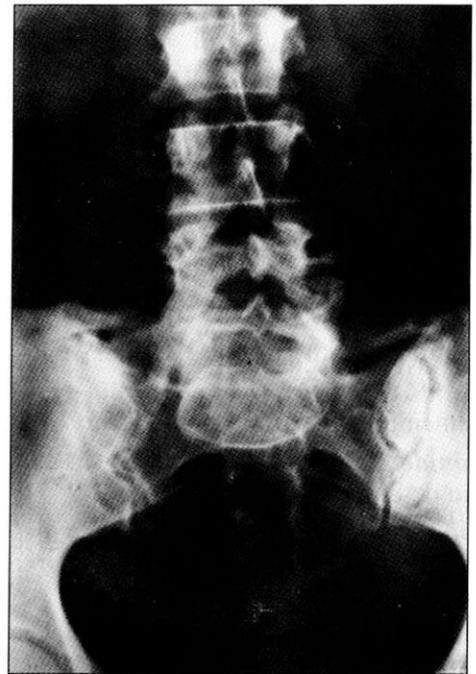


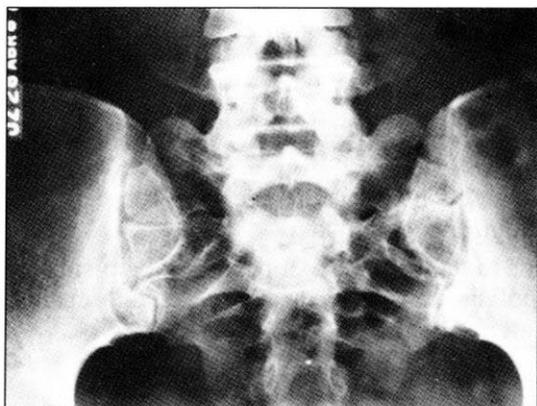
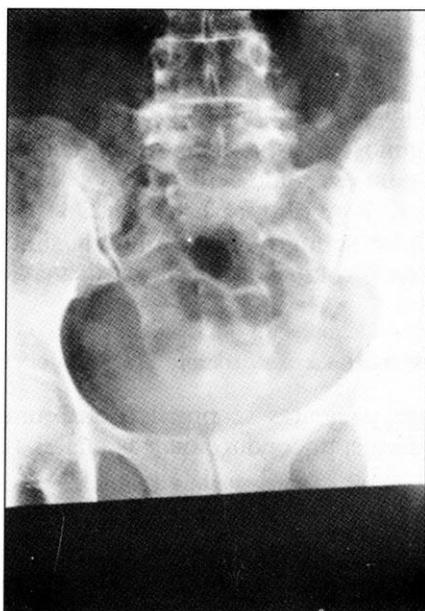
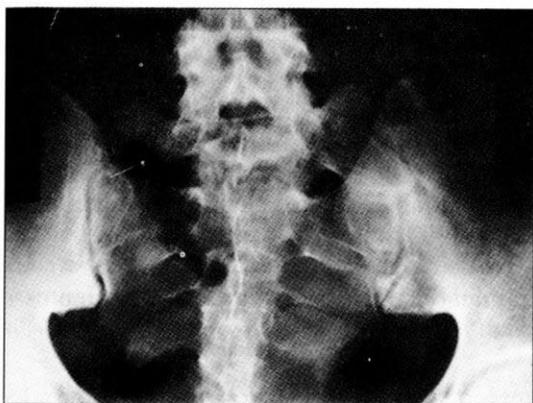
Figura 3. Mega-apófisis transversa de L5. Grado III.

gante con aumento en sus diámetros vertical y horizontal.

De acuerdo con el tamaño anormal de dicha apófisis consideramos cinco grados.

Grado I. Apófisis transversa aumentada de tamaño pero sin hacer contacto con el alerón ilíaco (Figuras 1 y 1a).

Grado II. La apófisis transversa hace contacto con el alerón ilíaco y, además, se presenta esclerosis en este nivel debido al roce anormal durante el movimiento (Figuras 2 y 2a).



Figuras 4, 4a y 4b. Mega-apófisis transversa de L5. Grado IV. Unilateral.

Grado IV. La apófisis adquiere grandes dimensiones y penetra entre el ilíaco y el sacro formando una pseudo-articulación transverso-ilíaco-sacro (Figuras 4, 4a y 4b).

Grado V. Presencia de una apófisis que recuerda en su conformación a las costillas (“Apófisis costiforme”) (Figura 5).

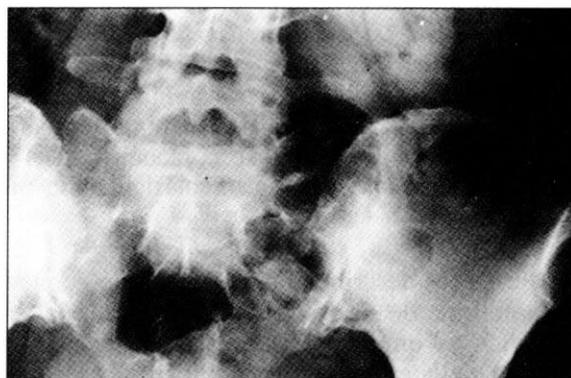


Figura 5. Mega-apófisis transversa de L5. Grado V.

Según la clasificación mencionada, los 81 casos de mega-apófisis transversa de L5 se distribuyeron en la siguiente forma:

Grado I.....	15
Grado II	18
Grado III.....	21
Grado IV.....	26
Grado V	1

DISCUSION

Como puede deducirse de los datos expuestos en la Tabla 1, las causas de dolor lumbar son múltiples. Resaltamos la “mega apófisis transversa de L5” por ser la tercera causa en frecuencia (14.33%).

La bibliografía disponible al respecto no es muy amplia. Levine (1) menciona que en el desarrollo filogenético de la columna se pueden presentar alteraciones en la conformación normal de la apófisis transversa de L5.

Lipson (2) anota únicamente la presencia de vértebra transicional lumbosacra la cual puede ser causa de dolor lumbar.

Grado III. La apófisis rebasa el borde del alerón ilíaco, se fusiona con éste y forma un puente óseo transverso-sacro-ilíaco (Figura 3).

Testut y Latarjet (3) presentan entre las variedades anatómicas de las vértebras lumbares, la presencia de una apófisis transversa gigante de L5.

De Seze (4) en una revisión sobre diagnóstico y tratamiento de las lumbalgias se refiere fundamentalmente a la hernia discal y a algunas alteraciones congénitas como la espina bífida, vértebra transicional y espondilosis, la lumbalgia por artrosis vertebral y a las causas infecciosas, inflamatorias y neoplásicas.

Roig D. (5) menciona entre las malformaciones del raquis las anomalías de transición lumbosacra y entre éstas a la apófisis transversa de la quinta lumbar aumentada de tamaño, que puede contactar con el alerón del sacro para formar una neoarticulación uni o bilateral.

Keim y cols (6) describen un cuadro clínico conocido como síndrome de Bertolotti caracterizado por vértebra transicional en nivel de L5 (sacralización o lumbarización unilateral), que se produce por la tensión desusada y los movimientos de torsión resultantes, herniación del disco situado por encima de la sacralización o lumbarización, y síntomas de compresión radicular.

Ninguno de nuestros pacientes presentó los otros componentes de este síndrome.

Castellvi y cols (7) refieren que la vértebra transicional lumbosacra es relativamente frecuente; ocurre aproximadamente en el 5% de la población general. Se caracteriza por hipertrofia de la apófisis transversa en forma uni o bilateral y de acuerdo con el tamaño la clasifican en cuatro grados.

Kricun (13) anota algunos cambios en el nivel lumbosacro, principalmente la presencia de vértebra transicional (sacralización y lumbarización) con anomalías concomitantes de la apófisis transversa de L5, la cual puede adquirir diferentes tamaños y formar puentes con el ilíaco.

En los demás textos clásicos (8-12) no se encontró información al respecto.

Todos los pacientes con mega-apófisis transversa de L5 consultaron por lumbalgia. Quince de los 81 presentaban, además, obesidad e hipotomía de la musculatura abdominal anterior, factores que contribuyen a la producción del dolor.

En los casos restantes no se encontró patología asociada que explicara la lumbalgia, razón por la cual creemos que el dolor en estos pacientes puede ser ex-

plicado por la mega-apófisis sobre todo en los grados II, III y IV.

En la actualidad se da también gran importancia a la raquiestenosis, al síndrome de facetas posteriores, a los síndromes miofasciales y a la fibromialgia como causas de lumbalgia, las cuales se deben tener en cuenta en el diagnóstico diferencial.

El tratamiento seguido en el grupo de pacientes fue el siguiente.

1. Empleo de antiinflamatorios no esteroideos y analgésicos tipo ácido acetilsalicílico y acetaminofén.
2. Plan de terapia física dirigido al fortalecimiento muscular de los grupos debilitados.
3. En algunos casos se aplicó infiltración con xylocaína y un esteroide de depósito.

Con este plan se logró el control de la sintomatología dolorosa en forma satisfactoria en la mayoría de los pacientes.

Otros estudios

En algunos pacientes se practicó electromiografía y estudios de electroconducción, los cuales fueron normales.

CONCLUSIONES

1. Se presenta un estudio sobre 565 pacientes con lumbalgia crónica.
2. Las causas más frecuentes fueron: espondiloartrosis, imbalance muscular, mega-apófisis transversa de L5, postural y osteoporosis.
3. Se resalta la frecuencia de la mega-apófisis transversa de L5: 14.33%.
4. No se encuentran referencias al respecto en la bibliografía colombiana.
5. Por lo tanto, es este el primer trabajo sobre mega-apófisis transversa de L5 presentado en la literatura nacional.

SUMMARY

Data of 565 patients who consulted for chronic lumbalgia are analyzed.

Criteria for the inclusion of these patients was the presence of chronic lumbar pain.

Definitive diagnosis of this group of patients are presented and also an exhaustive study of 81 patients with "mega-transverse process of L5"

REFERENCIAS

1. Levine D: The painful back. In: McCarty D J: Arthritis and allied conditions. Eleventh Edition. Philadelphia, London, Lea and Febiger. 1989; pp. 1432-63
2. Lipson S J: Low Back Pain. In: Kelley, Harris, Ruddy, Sledge. Textbook of Rheumatology. Third Edition. Philadelphia. W. B. Saunders company. 1989; pp. 508-25
3. Testut L, Latarjet A: Osteología Columna Vertebral. Testut L, Latarjet A. Anatomía Humana. Novena Edición. Barcelona. Salvat Editores, S. A. 1951; pp. 44-56
4. De Seze S: Diagnóstico y tratamiento de las lumbalgias. Memorias I Congreso Bolivariano de Reumatología 1971; 31-62
5. Roig D: Malformaciones del Raquis. Rotés Querol. Reumatología Clínica. Barcelona, Espax S. A. 1983; pp. 436-46
6. Keim H et al: Dolor lumbar. Clinical Symposia 1987; 3-36
7. Castellvi et al. Lumbosacral transitional vertebral and their relationship with lumbar extradural defect. Spine 1984; 493-5
8. Bullough P: The pathology of Osteoarthritis. In: Moskowitz H, Goldberg M: Osteoarthritis. Diagnosis and Medical Surgical Management. Second Edition. Philadelphia W. B. Saunders company 1992; pp. 39-69
9. Chandnani V, Resnick D: Roentgenologic Diagnosis. In: Moskowitz H, Goldberg M: Osteoarthritis. Diagnosis and Medical Surgical Management. Second Edition. Philadelphia W. B. Saunders company 1992; pp. 263-311
10. Resnick D: Additional congenital of heritable anomalies and syndromes. In: Resnick D. and Niwayama G: Diagnosis of bone and joint disorders. Philadelphia W. B. Saunders company. 1981; 2548- 636
11. Malcom I, Jayson V: Back Pain, Spondylosis and Disc Disorders. In: Copeman's: Textbook of the Rheumatic diseases. Fifth Edition. Edinburgh, London. J. T. Scott 1978; pp. 960-85
12. De Seze S, Ryckwaert A: Maladies du squelette D'origine genotypique. En: De Seze S, Ryckaert A: Maladies des os et des Articulations. Paris. Flammarion 1954; pp. 97-124
13. Kricun M: Conventional radiography. Lumbosacral transitional vertebra. In: Kricun Morrie E: Imaging modalities in spinal disorders. Philadelphia. W. B. Saunders company 1988; pp. 159-61
14. Cailliet R: Dorso. En: Cailliet R: Síndromes dolorosos. Primera Edición. México. El Manual Moderno, S. A. 1979; 1-134
15. Cailliet R: Lumbalgia. En: Cailliet R: Incapacidad y dolor de tejidos blandos. Primera Edición. México. El Manual Moderno, S. A. 1979; pp. 43-115.