

✉ J. Bachmann

Hernia discal cervical*

Cervical disc hernia

Resumen

Una paciente que presentaba un síndrome cervicobraquial crónico con prolapso discal recibió un tratamiento integrador escalonado que incluyó acupuntura, medicación oral e infiltrada, ejercicios de rehabilitación, terapia manual y estimulación eléctrica transcutánea (TENS).

Abstract

A patient suffering from a cervical disc hernia causing cervicobrachial syndrome, received a consecutive integrated therapy with acupuncture, oral and infiltrative medication, manual therapy, and TENS.

Palabras clave

Prolapso discal cervical, síndrome cervicobraquial, terapia integradora, acupuntura

Key words

Cervical disc hernia, cervicobrachial syndrome, integrated therapy, acupuncture

Introducción

En nuestra consulta colectiva ortopédica, quirúrgica y reumatológica tratamos principalmente enfermedades y trastornos del sistema locomotor. En ella surge una y otra vez la cuestión de si el prolapso de disco intervertebral puede tratarse con acupuntura. Nuestras experiencias acumuladas hasta el momento indican que esto es ciertamente problemático.

El efecto descontracturante muscular, de los puntos locales en el segmento afectado, puede no desearse en el caso de una lesión aguda estructural (un ejemplo para la teoría: que en las enfermedades agudas debe aplicarse el tratamiento principalmente a través de puntos distales). Por lo tanto, la acupuntura a menudo desempeña un papel importante en el tratamiento sólo en la evolución posterior.

Paciente

La señora U.K. de 45 años de edad, acudió por primera vez a la consulta en enero de 2002 y al tratamiento con acupuntura en noviembre de ese mismo año.

Historia y examen clínicos

Anamnesis actual

La paciente acudió a nuestra consulta colectiva al cabo de poco tiempo de iniciar el tratamiento previo. Tuvo la ocasión de tratarla yo mismo. Cuando se presentó en enero se quejó a uno de mis colegas de dolores y contracturas en la región cervical de la columna, en vista de ello realizaba ejercicios de rehabilitación para los síntomas, evolucionando hacia más dolores con irradiación hacia la cintura esca-

pular. Tras una radiografía del hombro sin hallazgos patológicos, se realizó un tratamiento con inyecciones locales.

El 14 de marzo de 2002 acude con un cuadro doloroso diferente y un aumento de los dolores, desde el día anterior padece de dolores fuertes en el hombro izquierdo y el omóplato, por tanto se pasa a una terapia de infusión con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y esteroides que no mejoran las molestias. Se realiza una resonancia magnética (RM) que confirma el prolapso de un disco intervertebral derecho.

Se administra un tratamiento farmacológico intensivo (ibuprofeno y diclofenaco sódico) y se realiza inmovilización con collarín, tras lo que se logra tan sólo una mejoría lenta de los síntomas clínicos. Como tratamiento contra el dolor se le administran comprimidos de sulfato de morfina y más adelante se vuelve a tramadol y actualmente a metamizol, e intensificación de los ejercicios de rehabilitación. Con este tratamiento sólo se obtiene una remisión lenta de los síntomas hasta el verano del 2002.

Un neurocirujano no vio en mayo ninguna indicación que justificara una intervención quirúrgica. En agosto y septiembre hace rehabilitación estacionaria, una vez que es susceptible de realizar rehabilitación. Se logra una mejoría temporal.

En noviembre de 2002 tiene nuevamente dolores espasmódicos en la región del hombro izquierdo con irradiación hasta el codo, así como dolores en la región del hombro derecho y contracturas generales en la zona del hombro y nuca.

Anamnesis propia

Historia

Operaciones:
1968 Apendicectomía.
1969 Amigdalectomía.

1985 Operación en trompas de Falopio debido a un embarazo extrauterino.

1998 Operación de esterilización.

2000 Operación de hemorroides.

Enfermedades de la infancia: escarlatina, rubéola y varicela. La paciente presenta una alteración metabólica de los lípidos, y toma enzimas pancreáticas por dolores epigástricos recidivantes y náuseas, sobre todo después de comidas grasas; refiere haber padecido una colecistitis. No hay datos de intolerancia a medicamentos ni de alergias.

Anamnesis ginecológica

Recién nacido viable (cesárea), un embarazo ectópico, tres abortos, menstruación regular, actualmente no está embarazada.

Aspectos ortopédicos

Artritis sin confirmar de la articulación superior del tobillo tras una artroscopia y sinovectomía. El informe patológico no pudo constatar una artritis reumatoide. Lumbalgias y dolores de nuca recidivantes.

Anamnesis de la función vegetativa

Apetito normal, sed normal, peso constante. Deposiciones y micciones aparentemente sin problemas. Sueño: dificultad para conciliar y mantener el sueño. No hay sudoración nocturna, ni tos ni expectoración. Consumo de alcohol: escaso. Consumo de nicotina: lo niega.

Anamnesis familiar

El padre padecía un temblor de origen no aclarado. La madre falleció con 74 años como consecuencia de varios ictus asociados a una hipertensión arterial, y padecía una poliartritis crónica. Una hermana de la paciente sufre también artritis reumatoide. Tiene un hermano y hasta donde se sabe no padece enfermedades graves.

Anamnesis social

La paciente es auxiliar de consulta médica y tiene un puesto a media jornada en una consulta de medicina interna. Está divorciada y tiene un hijo aún a su cargo. Niega tener problemas familiares ni cargas de ningún tipo en el ámbito psicosocial.

Exploración

Sintomatología

Peso corporal: 63 kg con una estatura de 168 cm. La paciente parece agotada por el largo curso de la enfermedad, algo tensa, pero en general con hábito miotónico débil.

Se puede vestir y desvestirse normalmente. El patrón de marcha no está alterado.

Presenta una contractura evidente de la musculatura del hombro y la nuca, de la musculatura paravertebral dorsal

y lumbar con dolor a la presión bilateral en el músculo trapecio y a lo largo del borde medial de ambos omóplatos. La región inferior de la columna cervical y la superior de la columna dorsal se muestra notablemente sensible a la percusión. Distancia dedos-suelo 0 cm, distancia del mentón al pecho 3/16 cm, medición según Schober (expansión lumbar) 10/14 cm, y medición según Ott (expansión dorsal) 30/33 cm.

Movilidad restringida de la columna cervical, en la flexión lateral hacia la derecha hasta 25°, hacia la izquierda hasta 35°, rotación derecha máxima, izquierda hasta 45°. La exploración segmentaria muestra una movilidad reducida de los segmentos C3-6, más acusada en el lado derecho que en el izquierdo con hinchazón y dolor máximo a la presión más circunscrito al segmento C3/4 derecho.

Todas las articulaciones de las extremidades superiores poseen libre movilidad. Movilidad máxima de la columna lumbar limitada.

Sistema nervioso: reflejos propios musculares de las extremidades superiores reducidos, no obstante equilibrados en ambos lados, reflejos propios musculares de las extremidades inferiores fácilmente desencadenables, iguales en ambos lados, sensibilidad intacta, menor fuerza general en la mano izquierda.

Diagnóstico por imagen (14 de marzo de 2002):

Columna dorsal en 2 planos: ligera escoliosis convexa derecha con forma de C en la columna dorsal.

Columna cervical en 3 planos: estrechamiento del espacio intervertebral C5/6 y C4/5 con pequeños osteofitos ventrales.

Tomografía de resonancia magnética de la columna cervical (18 de marzo de 2002):

Hernia discal circunscrita dorsomedial lateral derecha acusada en el segmento del cuerpo de la vértebra cervical 4/5.

Protrusión discal entre el cuerpo de la vértebra cervical 5/6 y 6/7, sin más enfermedad.

Malposición en deflexión, ligera reducción del espacio intervertebral entre la vértebra cervical 4/6 y 5/6 compatible con una osteocondrosis intervertebral inicial.

Consideraciones diagnósticas

La anamnesis de los trastornos actuales se remonta a varios meses atrás. El dolor a la percusión es signo de un daño estructural. La difusión de las molestias al lado izquierdo sólo se puede explicar por el prolapso discal existente y no como un dolor por compresión nerviosa. Antes bien, se ha llegado a una disregulación muscular pronunciada y los segmentos contiguos también se encuentran afectados.

Opté en principio, según los ocho principios, por catalogar la alteración como una manifestación fruto de un factor patógeno externo sobre los canales y clasificarla como un estancamiento de Qi asociado con una estasis de sangre en la zona de las pequeñas articulaciones interarticulares del segmento C3 con dolor local limitado a la presión.

Diagnóstico occidental

Síndrome cervicobraquial bilateral con prolapso discal derecho en C4/5 y trastorno funcional de las cervicales.

Diagnóstico chino

Estancamiento de Qi en el canal del intestino delgado/vejiga, y también posiblemente en el San Jiao/vesícula biliar, estasis de sangre en la zona cervical (articulación interarticular C3/4 lado derecho).

Principio terapéutico

Medicina china: eliminar la obstrucción del canal y el estancamiento de Qi.

Medicina occidental: de forma escalonada, eliminar los bloqueos, relajar los músculos, desactivar los puntos gatillo, corregir los desequilibrios musculares, estabilizar muscularmente la postura corregida.

Métodos

Se utilizaron toda una serie de métodos según la evolución del cuadro clínico.

En principio acupuntura y aire caliente, ejercicios de rehabilitación a continuación de la acupuntura, más adelante TENS. En caso necesario, administración simultánea de medicamentos antiinflamatorios y analgésicos. En caso de recidiva, terapia manual e inyecciones locales.

Secuencia de tratamiento

El 15 de noviembre de 2002 comienza el tratamiento de acupuntura (10 sesiones en total) contemplando:

- ID 3 como punto distal de acuerdo con las molestias y su propagación.
- V 10 como punto regional de la zona de las pequeñas articulaciones interarticulares, pero fuera de las articulaciones con las alteraciones dolorosas principales.
- Du 14 como punto regional con acción sobre la regulación simpática en la transición cervicotorácica.
- VB 21 bilateral como puntos gatillo.
- TR 15 derecho, V 43 así como V 16 como puntos de dolor muscular.
- V 60 como punto distal de la región nuchal y de la transición cervicotorácica.

Los tratamientos subsiguientes del 22, 26 y 29 de noviembre, y del 3, 6, 10, 13, 17 y 20 de diciembre de 2002 no revelaron cambios significativos en cuanto al síndrome chino y fueron realizados fundamentalmente con los mismos puntos de acupuntura. No obstante, a partir de la tercera sesión se logró una mejoría notable. La ficha del paciente recoge: "el lado derecho ha mejorado mucho, la paciente se siente realmente bien".

El punto VB 21 se considera punto gatillo debido a los dolores referidos desencadenables por palpación. Este hallazgo es más grave que una simple dolencia puramente muscular o una contractura, y requiere un manejo más intensivo. El punto VB 21 se somete a una estimulación intramuscular con el fin de desactivar el punto gatillo, es decir, se persigue provocar una contracción muscular activa.

Las demás zonas musculares dolorosas próximas al VB 21 se punturan con sensación De Qi, lo que no se realizó con el objetivo de provocar un calambre muscular, pero sin descartarlo.

Debido a la contractura y a la sensación de frío, la acupuntura se realiza casi siempre con una terapia de aire caliente. El tratamiento se acompañó, sobre todo inicialmente, de ibuprofeno 800 retard o de gotas de metamizol en caso necesario, y su uso fue disminuyendo a medida que avanzaba el tiempo.

Los ejercicios de rehabilitación se continuaron al principio durante algunas sesiones más. Además de realizar ejercicios de estabilización a la paciente se le adiestró en el manejo de un aparato TENS puesto que una y otra vez se hacía patente la menor capacidad de esfuerzo de la columna cervical afectada durante la actividad laboral.

A partir de febrero de 2003 se llevó a cabo la conversión desde el tratamiento individual desde el punto de vista de la terapia manual, hasta los ejercicios de rehabilitación con aparatos.

Resultados

La paciente llevó a cabo durante varios meses el tratamiento de ejercicios físicos y más adelante por iniciativa propia, en ocasiones ayudada del aparato TENS prescrito de forma permanente. El uso de medicamentos se había reducido drásticamente. La medicación a demanda de comprimidos de ibuprofeno 800 retard recetada desde comienzos del 2003 se mantuvo durante 4 meses.

En diciembre de 2003 se produjo una recidiva de corta duración, que se aplacó en 2 sesiones con terapia manual e infiltración local en el segmento derecho nuevamente más afectado C3/4. En julio de 2004 hay otra nueva recidiva que también remitió rápidamente después de unas pocas inyecciones de 10 mg de triamcinolona en la articulación C3/4 derecha.

Discusión

El deterioro del disco intervertebral en este período medio de la vida es el resultado de una asimetría de fuerzas internas entre el disco que soporta el núcleo pulposo, y el anillo fibroso con sus estructuras cada vez menos resistentes con la edad. Esto puede generar un prolapso discal o una protrusión, oprimir las estructuras nerviosas y desembocar en irritaciones de las raíces nerviosas y disfunciones nerviosas. Pero también se producen reacciones de la musculatura regional y segmentaria, hipercontracción o disregulación muscular, y como consecuencia de ello trastornos funcionales en los segmentos vertebrales contiguos.

En la fase aguda, hay por lo general en el segmento afectado una reacción nociceptiva muscular considerablemente activada y en los distintos niveles de la inervación nerviosa, que hacen que sea problemático aplicar un estímulo local adicional, ya sea mediante acupuntura o ejercicios de rehabilitación.

tación. Como en el caso que presentamos, esta fase de la enfermedad se trata en primer lugar farmacológicamente. Siempre que no existan contraindicaciones, mi proceder inicial consistiría en infiltraciones específicas en la zona de las raíces nerviosas. Mi colega prefirió realizar un tratamiento sistémico, después parenteral y finalmente oral.

Considero la hipertensión muscular de la fase aguda en el segmento afectado como una contractura compensatoria (reactiva y necesaria) que inmoviliza la estructura dañada. En la fase aguda no coloco agujas locales. La contractura se disipa así, pero sin embargo este efecto ha demostrado repetidamente no dar los frutos deseados. Por mi parte, no le pongo reparos al tratamiento regional y distal con acupuntura.

La remisión de los síntomas y enfermedades depende fundamentalmente de los daños previos estructurales y de los estereotipos posturales y de movimiento. Las alteraciones psíquicas afectan también reforzando los síntomas.

Por experiencia propia puedo decir que la acupuntura temprana con puntos distales combinados con un tratamiento farmacológico antiinflamatorio, también cuando hay daños estructurales, puede lograr una remisión rápida de los síntomas.

Por otra parte, el tratamiento farmacológico por sí solo parece menos adecuado para evitar las alteraciones secundarias mencionadas de la disregulación muscular y los trastornos y concatenaciones segmentarias.

En el presente caso hubo una fase de cronificación más larga que llegó a nivel farmacológico a la escala III de uso

de analgésicos de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, antes de que pudieran indicarse tratamientos reguladores como ejercicios fisioterapéuticos y posteriormente una rehabilitación.

La acupuntura se empleó en un momento en el que además de la lesión primaria ya se habían instaurado una serie de consecuencias incluso tras las terapias mencionadas.

Conclusiones

El tratamiento de este caso agudo de hernia discal se llevó a cabo de forma análoga al tratamiento de las lesiones: en la fase temprana sobre puntos distales y regionales, en caso de curso cronificado también local teniendo en cuenta la reacción nociceptiva.

En la fase aguda los antiinflamatorios son el tratamiento de elección.

Más tarde es adecuado combinarlos con ejercicios de rehabilitación.

En la fase de rehabilitación es eficaz realizar un tratamiento con ejercicios activos.

Para la modulación del dolor se puede utilizar la TENS.

Referencias bibliográficas

1. Krämer J. Bandscheibenbedingte Erkrankungen, 2. Aufl. Stuttgart -New York: Thieme; 1986.
2. Bachmann J. Akupunktur am Bewegungssystem. Stuttgart: Enke; 2000.