

LUMBALGIA Y ANSIEDAD

Dra. Rosa Elena Hernández (*)
Dr. Antonio Aguilera (**)
Dr. Raúl Torrealba (**)

"DOLOR COMO UNA FORMA LOCALIZADA DE PENA"

Benedicto de Spinoza. - Siglo XVII

INTRODUCCION Y OBJETIVOS:

Si interpretamos el dolor como una respuesta emocional a una corriente aferente; de inmediato establecemos una relación dinámica y fisiológica entre ansiedad y lumbalgia; y así ocurre la verdadera naturaleza del dolor tiene sus asociaciones sociológicas; fisiológicas y psíquicas y también un **estado afectivo** perturbado, que tiene su origen en el desarrollo de cambios mecánicos y/o químicos en los distintos tejidos del cuerpo cuya naturaleza y magnitud son tales que dan lugar a la activación de sistemas aferentes del neuro eje que por lo general están inactivos.

Al realizar este estudio; en este grupo de pacientes, con características ortopédicas poco comunes, como la ausencia de lesiones orgánicas demostrables, pretendemos resaltar la importancia del "trastorno psicofisiológico" en los mismos.

(*) Servicio de Psiquiatría.

(**) Servicio de Traumatología y Ortopedia.

Hospital General de Maracay, Edo. Aragua.

El elevado número de pacientes en nuestras consultas con cuadros clínicos de dolor lumbar; a quienes una vez practicados los estudios y exámenes de rutina: Rayos X de columna lumbo-sacra; electromiografía y mielografía y cuyos resultados fueron negativos, nos permitió introducir otro elemento de importantísima consideración; **“El carácter psicofisiológico del dolor lumbar”**.

Este carácter psicofisiológico del dolor lumbar comporta:

- 1.— El miedo a algo incontrolable que está detrás, que no es visible y simboliza lo que está en nosotros y no podemos dominar.
- 2.— El temor de ser incapaz de trabajar y no por falta de estímulo sino por impotencia, **por ejemplo miedo a volverse inválido**. Esto se manifiesta a nivel del aparato locomotor por la fantasía de la incapacidad de marcharse cuando se precisa ó de encontrarse encerrado en una situación sin salida.

“El desencadenante suele ser un hecho existencial que representa para el sujeto el peligro de ser arrinconado”.

“Puede decirse que existe un criterio casi unánime en acudir al tratamiento operatorio cuando pacientes no han respondido favorablemente a las medidas conservadoras y que en un elevado porcentaje de casos los resultados quirúrgicos son poco alentadores”.

MATERIAL Y METODOS:

Realizamos un estudio de 60 pacientes, con cuadro clínico de dolor lumbar, con tiempo promedio de evolución de su sintomatología de 6 meses y evaluados y controlados por nosotros durante 22 meses.

FIGURA I

Total de pacientes: 60

CUADRO I

Sexo masculino: 42 pacientes (70%)

Sexo femenino: 18 pacientes (30%)

La edad mínima del grupo de pacientes estudiados fue de 19 años y la edad máxima de 54 años; con edad promedio de 37 años.

CUADRO II

Edad mínima: 19 años

Edad promedio: 37 años

Edad máxima: 54 años

Como afirmamos anteriormente la ausencia de lesiones orgánicas demostrables y la persistencia de sintomatología dolorosa, fue razón para pensar en "dolor lumbar como trastorno psicofisiológico" y máxime cuando los estudios radiológicos, electromiografías y mielografías resultaron negativas y poco concluyentes.

CRITERIOS DE SELECCION:

- | | | |
|---------------|--|--|
| Ortopédicos | <ul style="list-style-type: none"> a. Inicio de la sintomatología b. Exámenes negativos c. Persistencia del dolor | |
| Psiquiátricos | <ul style="list-style-type: none"> a. Factores socio-económicos familiares y afectivos b. No evaluación psiquiátrica previa c. Relación médico paciente | <p>Test de Taylor</p> <p>Indice de depresión</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> d. Test psicológicos | |

CONDUCTA Y TRATAMIENTO

Fundamentados en los criterios anteriormente expuestos; utilizamos dos (2) medicamentos; por ser relativamente nuevos en el arsenal terapéutico.

DIFLUNISAL (DOLOBID): Nombre genérico del 2' - 4' - difluoro-4-Hidroxi-3-ácido difenil carboxílico; **analgésico** oral; con una vida media de 10 a 12 horas en el plasma; cuyo mecanismo de acción es desconocido; pero su actividad puede estar relacionada con un bloqueo selectivo de la sintetasa de las prostaglandinas.

BROMASEPAM (LEXOTANIL) Nombre genérico del 7-bromo-1,3 dihidro 5-(2-Piridil)-2H-1, -4-Benzodiazepina-2-Ona; **Ansiolítico y relajante muscular;** medicamento este cuyos efectos al igual que el de otros ansiolíticos está relacionado con su **acción sedativa** sobre el sistema límbico clave del comportamiento emocional; como lo han demostrado las investigaciones más recientes; por inhibir no sólo la formación reticular sino ciertos núcleos talámicos y además el sistema límbico; implicado en la matización de la efectividad y en el comportamiento afectivo global, en el cuadro de la defensa del individuo y del mantenimiento de la especie. (KLUVER Y BUCY; MAC CLEAN).

A estos dos medicamentos se le agrega otra medida terapéutica.

PSICOTERAPIA

Es de importancia destacar que las reacciones psicomáticas y las repercusiones psíquicas de afecciones somáticas a todos los pacientes; responden muy bien a este tipo de tratamiento y en especial aquellas relacionadas con contracturas musculares: Como en el caso de este grupo de pacientes estudiados, porque bloquean la transmisión interneuronal y son miorelajantes. "BERGOUIGNAN Y DEMANGEAT, habiendo observado a 78 enfermos que sufrían de lumbalgias, han remarcado que la movilidad de esta región interviene en la marcha, el acto sexual y en el acto de levantar pesos. Asegura la posición erecta que representa la afirmación de sí, la audacia y la presancia. La región lumbar tiene un papel importante de la dialéctica primordial: Oponerse, mantenerse o por el contrario, doblegarse o ceder. Es el nudo de las luchas y de los fracasos: En un polo la derrota de cualidad e importancia variables, con la depresión y el hundimiento; en el otro polo, la negación, la rebelión y la reivindicación.

FIGURA II**ESQUEMA DE TRATAMIENTO**

DIFLUNISAL: 500 mgs. vía oral cada 12 horas.

BROMAZEPAM: 3 mgs. vía oral cada 24 horas

PSICOTERAPIA: Cada 10 días.

RESULTADOS:

Tomando como parámetros la remisión parcial y/o total del dolor y por consecuencia el desaparecimiento de la contractura muscular y la ansiedad; consideramos los resultados ampliamente satisfactorios.

		DIAS	PACIENTES
REMISION DE DOLOR	PARCIAL	12	26
	TOTAL	28	34

CONCLUSIONES:

1. El componente ansioso es determinante en la intensidad y persistencia del síntoma doloroso.

ANSIEDAD

CONTRACTURA
MUSCULAR

DOLOR

2. En el tratamiento del dolor lumbar nos enfrentamos también con un trastorno afectivo.
3. Necesidad de evaluación psiquiátrica en los casos similares (previa explicación al paciente del por qué de la necesidad de ayuda ó apoyo psicoterapéutico) y su extensión a otras patologías del raquis lumbar: Espondilolisis; espondilolistesis; hernias discales; coxigodinia; escoliosis; etc.
4. Establecer una mejor relación médico - paciente.

COMENTARIO

Los resultados obtenidos en este grupo de pacientes; a corto, mediano y largo plazo; nos animan a continuar este trabajo; pero extendiéndolo a patologías de columna vertebral de mayor complejidad; dándole a las mismas un enfoque multidisciplinario, considerando que el desarrollo del conocimiento clínico se fundamenta en la interpretación más amplia y detallada de la anatomía básica, la fisiología, la patología de un sistema orgánico y esencialmente el ser humano como ente bio-psico-social.

BIBLIOGRAFIA:

01. AKERT K., HUMMEL, P: Anatomía y Fisiología del Sistema Límbico. 2da. Ed. Basilea. HOFFMANN - LA ROCHE 1968.
02. BERGOUIGNAN, M. Y DEMANGERT, A.: Las lumbalgias-perspectivas psicosomáticas. Rev. Med. Psicosomática. 8: 700 1960.
03. GAILLEIT, RENE: Low Backpain Síndrome. F.A. DAVIS, 1962.
04. DE BOOR, W.: Fármaco Psicología y Psicopatología. Berlín, 1956.
05. DE PALMA, ROTHMAN: Disco intervertebral. pra. Ed. España. 7962.
06. FERRERA, S.H. AND VANE, J.R.: New aspects of mode action on nosteroidal anti inflammatory drugs. ANN. REV. PHARMACOLOGY. 14:67-73. 1974.
07. HAYNAL, A.: Manual de Medicina Psicomática. Ed.: Toza y Masson. Barcelona, España. 1980.
08. HIRSCH, C., INGELMARK, B.E. Y MILLER M. (1963). "The anatomical basis for lowback pain". Acta Orthop. Scand. 33.1.
09. JAYSON, H. Dolor Lumbar. Ed. Doyma. Barcelona, España 1980.
10. LANGEN, D. (1972)) "Physchosomatics aspect in the theatment of pain", in pain: Basic Principles, Pharmacology, therapy. Edit. by Janzen, R. Keidel, W. D. and others.
11. LINTROM, A. Y ZACHRISSON, M. (1970) "Phisycal therapy on low back pain and sciatica". Scand. J. Rehab. M. 21 37.

12. LORAY, JERONIMO: Lumbalgías tratamiento médico. VII Congreso Slaot. Actas y Trabajos. Tomo II: 430-436. Caracas Venezuela.
13. MAC CONAIL, M.A. Y BASMASIAN, J.V. (1969). Muscles and movements: A basis for human kinesiology. (Williams y Wilkins. Baltimore).
14. MARSHALL, L.: Conservative management of low back pain. A review of 700 cases. J. AUST. 1:266-267. 1967.
15. MERTON, P.A. (1956) "Problems of muscular fatigue". J. Physiol, Lond., 123-553.
16. HACHENSON, A. (1971). "Loback pain, its etiology and treatment.". Clin. Med. Jan, 18.
17. PODIGER, WALTER: Compendio de Psicofarmacoterapia. 1ra. Ed. Roche Basilea. 1972.
18. RISQUEZ, FERNANDO: Conceptos de Psicodinamia. 2da. Ed. Monte Avila. Caracas - Venezuela, 1972.