

CASA DE SALUD VALDECILLA
SANTANDER

SERVICIO DE HUESOS Y ARTICULACIONES
JEFE: DR. SIERRA CANO

UN CASO DE NEOARTROSIS INTERESPINOSA LUMBAR O ENFERMEDAD DE BAASTRUP

DR. ALBERTO PALMA RODRÍGUEZ
INTERNO DEL SERVICIO

Son muchas las enfermedades que pueden determinar dolores lumbares, con o sin irradiación, de intensidad variable y cuyo punto de partida puede ser múltiple (lumbalgias musculares, medulares, vertebrales, articulares, discales; lumbalgias referidas por ginecopatías, por gastroptosis, etc.).

Pero una de las enfermedades que se ha valorado poco por ser de escasa frecuencia, es la enfermedad que como entidad clínica fué descrita primeramente por BAASTRUP en 1932 y que se caracteriza por la formación de verdaderas articulaciones entre las apófisis espinosas vertebrales, principalmente de las lumbares. La sintomatología dolorosa obedece a la artrosis que puede aparecer en esta neoarticulación. Los anglosajones llaman a estas neoartrosis «Kissingspine» - espinas que se besan—.

Son muy pocos los casos que se han descrito de esta afección. Haciendo un resumen histórico, podemos decir que BRAILSFORD es el primero que llama la atención sobre la influencia de las apófisis espinosas lumbares en la patogenia del lumbago. BAASTRUP en 1932 describe y estudia la formación de las neoarticulaciones. En 1943, TAVERNIER y otros publican un trabajo sobre la enfermedad. FRANK hace una recopilación de 54 casos reunidos de la literatura médica mundial. MOUCHET en 1946 presenta un completísimo trabajo sobre esta afección. En 1949, FOULONG, LEGER y AKHRAS hacen un comentario sobre el trabajo original de BAASTRUP y presentan un caso.

En nuestro país los diversos autores se han preocupado de este problema y así vemos cómo VILASECA, SABATER y BARCELÓ en 1946 publican tres casos. Ultimamente BELLÓN RENOVALES y FERNÁNDEZ DE LA

MELA, independientemente, hacen un comentario de la enfermedad con motivo de la presentación de un nuevo caso. Recientemente, VILASECA, BARCELÓ y CASADEMONT, hacen un estudio de los trabajos publicados sobre esta enfermedad, presentando al mismo tiempo una casuística de 26 casos.

Nosotros hemos tenido ocasión de ver en este Servicio una enferma de neoartritis interespinosa. Su historia clínica es la siguiente:

J. A. C., de 50 años de edad, natural de Santander, casada, de profesión s/l.

Antecedentes familiares sin interés. En los personales encontramos un embarazo gemelar, que consideramos importante desde el punto de vista etiopatogénico.

Su enfermedad actual comienza hace cuatro meses con dolores en región lumbosacra, irradiados a miembro inferior derecho. Estos se acentúan con los movimientos del tronco y se calman con el reposo en cama. Los aumentan marcadamente todas las posiciones y movimientos que exageran la lordosis lumbar.

A la exploración se aprecia una hiperlordosis con contractura lumbar. Angulo de flexión anterior de 3 grados. Dolor a la presión en

IV y V apófisis espinosa lumbar, sacroiliaca derecha y trayecto del ciático en ambos lados, especialmente en el derecho, donde existe un Lasègue positivo a los 130 grados. Dificultad a los movimientos de extensión y flexión de columna. No existe alteración del estado general y la exploración de los restantes aparatos es normal.

En el análisis de sangre encontramos: hematíes, 4.430.000; hemoglobina 90 por 100; leucocitos 6.500; eosinófilos 3, formas en cayado 6; segmentados 39; linfocitos 52. Velocidad de sedimentación: 7 y 22 mm. en la primera y segunda hora respectivamente. Úrea en sangre 32. Glucemia 69.

Se le practica radiografía de columna lumbosacra en dos proyecciones (frontal y lateral), apreciándose lesiones de espondilosis y una escolio-

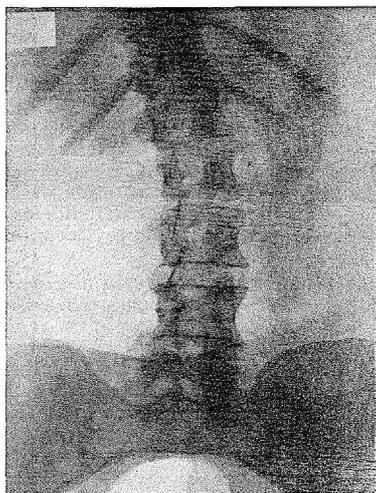


Figura 1

sis lumbar compensada de concavidad derecha con rotación de los cuerpos vertebrales (fig. 1), además de la artrosis interespinosa entre IV y V lumbar (fig. 2).

Se trata con Irgapirina, onda corta y reposo en cama dura, continuando después con Butazolidina. Siendo escasa la mejoría experimentada, le aconsejamos intervención. Esta es llevada a cabo por el Dr. SIERRA CANO. Bajo anestesia general y con la enferma acostada sobre el vientre y apoyada en una almohada para hacer prominente la región vertebral, sobre la que se va a intervenir, se traza una incisión ligeramente curva sobre columna lumbar de unos 15 cm. de longitud. Se denuda la IV y V apófisis espinosas y con cizalla se abrazan dichas apófisis seccionándolas al nivel de su base. Cierre por planos.

Los días siguientes a la intervención la enferma nota mucha mejoría. Comienza a levantarse al sexto día. A los ocho días empieza un tratamiento de gimnasia de músculos abdominales.

Para FAULON, LEGER y AKHRAS, la escasa frecuencia de este proceso se debe al poco conocimiento que de él tienen los clínicos, ya que ante un lumbago le damos poca importancia a las apófisis espinosas, buscando por el contrario, posibles lesiones en cuerpos vertebrales, apófisis articulares y apófisis transversas. Aparte de esto, las radiografías van destinadas a la visualización de los espacios intervertebrales y cuerpos, adoleciendo del defecto de difuminar o dar contrastes poco marcados a las apófisis espinosas, siendo esta la causa de que pasen inadvertidas las lesiones que en ella puedan existir. BARCELÓ y VILASECA, han insistido en la importancia que las pequeñas articulaciones y apófisis vertebrales tienen en las algias lumbares.

Desde el punto de vista etiopatogénico, tiene mucha importancia la hiperlordosis, obedezca ésta a la causa que sea. BRAILSFORD atribuía el cuadro clínico de la neoartrosis a la hiperlordosis. Esta puede estar determinada por vicios de posición de los segmentos vecinos del esqueleto o por

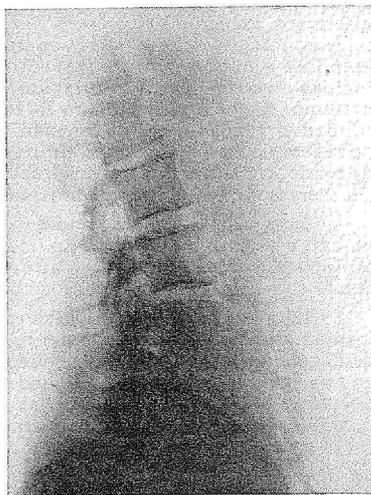


Figura 2

causas que producen un basculamiento hacia delante de la pelvis, o bien se traten de lordosis estáticas, provocadas por insuficiencia de la musculatura abdominal (el caso de nuestra enferma), o sobrecarga de grasa de la pared del vientre y de los mesos que provocan una contracción de los músculos sacrolumbares para guardar el equilibrio con hiperextensión del raquis y báscula de la pelvis. Las profesiones que exijan trabajos forzados con repetidos movimientos de hiperextensión del raquis, serán las más expuestas, como los cargadores (BAASTRUP describe la enfermedad en los cargadores de barriles de cerveza), maleteros, repartidores, etc. BELLÓN RENOVALES la considera como enfermedad profesional. Sin embargo, creemos con BARCELÓ que no es el factor traumático repetido el todo en su etiopatogenia; así parece demostrarlo este autor en los 26 casos que presenta, de los cuales 20 pertenecen al sexo femenino. BAASTRUP emitió una teoría patogénica sobre este proceso; considera las vértebras como un sistema de palanca cuyo eje se encuentra por detrás del cuerpo vertebral. Las apófisis espinosas constituirían el brazo corto de palanca. Cuando se exagera la lordosis, se aproxima la parte posterior de las vértebras, llegando a ponerse en contacto las apófisis espinosas entre sí. Los roces y frotamientos entre sus bordes y el pinzamiento del ligamento interespinoso por las apófisis, origina una fuerte contusión con producción de hematoma. Con la repetición de este traumatismo, las lesiones ligamentosas se agravan pudiendo resultar la total destrucción del ligamento. En fases ulteriores, las superficies óseas llegan a ponerse en contacto directo unas con otras, originando la aparición de superficies articulares, formándose secundariamente los cartílagos que la recubren, cápsula e incluso sinovial. Todo esto regido por la ley de ROUX; «cuando los extremos óseos que contactan están sometidos a movimientos de lateralidad o tangenciales, se forman islotes cartilaginosos intermedios por metaplasia del tejido conjuntivo, lo que da lugar a la formación de pseudoartrosis en los huesos fracturados y a la aparición de neoartrosis entre aquellos otros que normalmente no tienen continuidad».

En muchas ocasiones no ha sido posible hallar factor etiológico alguno y solo se ha encontrado una anomalía congénita de las apófisis espinosas, consistente en una altura anormal de las mismas, que contrasta con la disminución de los cuerpos vertebrales.

En su anatomía patológica es frecuente el hallazgo de una transformación fibrocartilaginosa del ligamento interespinoso. En el caso de FAULON, LEGER y AKHRAS se encontró un bloque fibrocartilaginoso en cuyo centro existía una cavidad tapizada por una sinovial lisa. En nuestra pieza encontramos que las superficies neoarticulares estaban recubiertas de un cartílago con un rudimento de cápsula.

El cuadro clínico de la neoartrosis interespinosa es muy banal y no tiene nada de característico. Comienza casi siempre con dolores lumbares progresivos que se pueden irradiar, aunque raramente lo hacen, hacia los glúteos y fosas ilíacas. Son provocados por los movimientos del tronco y, en especial, por los de extensión forzada del

raquis y se atenúan o desaparecen con el reposo absoluto, aunque esto no es constante. Más raramente, un lumbago agudo marca el principio de la afección. Casi siempre son crisis de lumbalgias repetidas, con molestias que, poco a poco, se van haciendo más pertinaces y dolorosas, las que nos marcan el comienzo de la afección.

El examen clínico muestra la exageración de la lordosis lumbar, con rigidez de los músculos de los canales vertebrales. Todos los movimientos del raquis, esencialmente, los de flexión y extensión, y en menor grado la torsión e inclinación lateral, están limitados y son dolorosos. A la presión, las apófisis espinosas, lo mismo que los espacios interespinosos son dolorosos, signo de gran valor, pero no constante. A veces, existe también dolor lumbar a la carga de la columna o presión sobre su extremo cefálico u hombros.

Vemos, pues, cómo el cuadro clínico de este proceso no es patognomónico, aunque si se hace una anamnesis detenida y exploración cuidadosa podemos diagnosticarla con facilidad o al menos ponernos en sospecha de su existencia. Hay una prueba para confirmar el diagnóstico —la de FRANK— consistente en inyectar unos c. c. de novocaína al 1 por 100 entre las apófisis espinosas dolorosas, en pleno ligamento interespinoso; a los diez minutos se invita al paciente a ejecutar los movimientos que antes le despertaban dolor. Si estos los puede hacer sin molestia alguna, no cabe duda de que en ello residía la causa. FRANK dice que, con su test de novocaína, cuando la neoartrosis interespinal exista, desaparecerán los dolores y considera que únicamente deben ser intervenidos los casos en que su prueba resulta positiva.

FAULON, LEGER y AKHRAS, ponen en duda la eficacia de este método, pensando en la posible difusión novocaínica por las masas musculares lumbares y láminas vertebrales, produciendo una sedación del dolor. BELLÓN RENOVALES no participa de esta opinión por no creer que la infiltración de unos centímetros pueda llegar hasta las pequeñas articulaciones vertebrales o se extienda por toda la masa muscular lumbar en concentración suficiente para producir la analgesia de todas las fibras.

Al no tener datos suficientes con la clínica para el diagnóstico, tenemos que recurrir al examen radiográfico que es el que en definitiva nos lo hace. En las radiografías hay que hacer que destaque el contorno de las apófisis espinosas pues éstas en las placas laterales corrientes suelen tener poca nitidez.

En la proyección lateral se advierte un trayecto en los bordes de las apófisis vecinas de forma aplanada, que se superpone, no llegando a contactar directamente por interponerse islotes cartilaginosos. Todo esto junto con una hiperlordosis y con las apófisis de tamaño mayor al normal. En algunas ocasiones estas carillas muestran alteraciones deformantes, con irregularidad de sus contornos, y presencia de osteofitos. FAULON, LEGER y AKHRAS dicen que esto solo se encontraría en los estadios avanzados de la enfermedad, faltando en los periodos ini-

ciales, cuando por ser lesiones precoces se localizarían en los ligamentos interespinosos.

En la proyección anteroposterior se aprecia un mayor acercamiento de las apófisis espinosas correspondientes, pudiéndose advertir en los extremos óseos de esta apófisis la formación de escotaduras que se adaptan al extremo óseo vecino de la apófisis contigua, quedando de manifiesto la articulación interespinosa.

El tratamiento en estos enfermos puede ser conservador o cruento. En los estadios iniciales, antes de recurrir a los procedimientos quirúrgicos deberán ensayarse el reposo absoluto en cama dura, la aplicación de calor u onda corta, que en las crisis de agudez dan buenos resultados. En las formas crónicas pueden hacerse infiltraciones de novocaína repetidas en los puntos dolorosos. La radioterapia en algunas ocasiones da resultados favorables. El corsé ortopédico o de escayola, puede proporcionar mejoría al inmovilizar la región afectada, pero con la posibilidad de recidiva al retirar la inmovilización.

La resección parcial o total de las apófisis espinosas afectas constituye el tratamiento quirúrgico de este proceso. Es ésta una intervención sencilla y benigna que en nada altera ulteriormente la estática del raquis.

BAASTRUP recomendó la resección de las apófisis espinosas afectas juntamente con las porciones ligamentosas intermedias a ellas. FAULON y LEGER aconsejan no hacer resecciones parciales sino proceder a su completa extirpación por considerar son más seguros los resultados. FRANK indica la interposición de la musculatura vecina en el espacio creado por la extirpación de las apófisis, evitando así la reproducción del proceso. En los casos antiguos, este mismo autor hace al mismo tiempo una fijación vertebral para asegurar de manera absoluta la inmovilización de la región.

Entre las complicaciones operatorias FRANK, que ha sido el que mayor número de casos ha observado, ha encontrado una dificultad a la micción. Esto mismo hemos encontrado en nuestro caso y, como FRANK, creemos no es debido a la extirpación de las apófisis, sino más bien a la anestesia.

En el postoperatorio aconsejan algunos autores el reposo en posición supina durante veinte días. El caso que nosotros presentamos comenzó a levantarse al sexto día.

RESUMEN

Se presenta un caso de neoartrosis interespinosa o enfermedad de BAASTRUP, haciendo un comentario de la enfermedad. Se hace una revisión de los casos más demostrativos de la literatura universal, ter-

minando el artículo con el tratamiento a que fué sometida nuestra enferma. Se le practicó la resección total de apófisis espinosas IV y V lumbares, con resultado favorable.

BIBLIOGRAFIA

- 1) FAULON, LEGER Y AKHRAS.—Presse Méd. núm. 2. 1949.
- 2) BASTOS ANSART.—Cirugía ortopédica. 1950.
- 3) BELLON RENOVALES.—Rev. Clín. Esp. tomo 37. 1950.
- 4) BAÑUELOS.—Medicina Interna. T. IV. 1953.
- 5) FERNÁNDEZ DE LA MELA.—Rev. Medicamenta. T. XVI. Núm. 210.
- 6) VILASECA, BARCELÓ y CASADEMONT.—Rev. Esp. de Reumatismo T. V. Núm. 3. 1953.
- 7) CUELLAR RODRÍGUEZ.—Hispalis Médica. Núm. 98. 1952.
- 8) H. ROS CODORNIU.—Ponencia del III Congreso Nacional de Cirugía. 1953.