

# Articulaciones Interapofisarias y Lumbalgia

Robert Maigne

Traducción: F. Colell (GBMOIM)

Las lesiones articulares posteriores, consideradas antes de 1930 como una de las principales causas de lumbalgia y ciática, ceden protagonismo a las del disco tras las publicaciones de Mixter et Barr; después de esto caen en el olvido, excepto para algunos autores, para resurgir en la actualidad. Algunos, en un pasado no muy lejano, incluso les negaban cualquier papel en la lumbalgia.

## Un poco de historia

Actualmente las articulares posteriores tienen un papel reconocido y poco discutible en materia de patología vertebral común. No ha sido siempre así, y muchos piensan que los autores del otro lado del Atlántico han tenido que ver mucho en ello. ¿No fue Ghormley quien en 1933, lanzó el término de "facet syndrome" con el éxito que conocemos? ¿No fueron Mooney y Robertson los que pusieron al día este concepto en 1975 utilizando la electrocoagulación? Ello hace pensar que nada se había dicho al respecto anteriormente, lo que no es cierto.

En efecto, los autores franceses J. Forestier y J. A. Sicard, antes de la primera guerra mundial señalaban que una inflamación « reumática » de las articulares posteriores lumbares bajas podía irritar la raíz del nervio ciático en el agujero de conjunción. Un cirujano italiano, Putti, retomó y desarrolló estas ideas publicando en 1927 un importante trabajo consagrado a la articular posterior como causa de radiculalgia ciática y de lumbalgias.

En 1933, Ghormley publicó un artículo que se haría célebre con el título "Low back pain with special reference to the articular facets" (que podríamos traducir como « lumbalgia y articulares posteriores »); y lanzó el término de "facet syndrome", del que conocemos su éxito. Pero contrariamente a lo que hace entender el título el artículo trata de la presentación de un caso de ciática por artrosis posterior, que en la actualidad llamamos ciática artrósica. Ghormley hablaba muy poco de las lumbalgias aunque deja entender que la artrosis articular posterior podría ser responsable de dolor como en cualquier tipo de artrosis. Tras este artículo no publicó nada más al respecto.

Hay que decir que en esta época se descubrió la hernia discal. El disco intervertebral fue la preocupación principal de los investigadores, y durante largos años vivimos el reinado (un poco abusivo) del disco.

En 1956, G. Lazorthes describió los ramos articulares de la rama posterior del nervio raquídeo y el estrecho contacto de éste con los macizos articulares posteriores. Emitió la hipótesis de que esta disposición explicaba el carácter doloroso de la artrosis articular posterior. La rica inervación de la articulación y la posible irritación del nervio eran para él el origen de un « síndrome de la rama posterior » con dolores y contracturas musculares. Pero lamentablemente esta publicación tuvo poco eco en reumatología y en ortopedia.

Poco después nosotros mismos nos interesamos en la patología vertebral común, y ensayando la codificación de un examen segmentario del raquis, pudimos constatar la frecuencia del sufrimiento de las articulares posteriores, estableciendo que no era fuertemente dependiente de una eventual artrosis (1964).

Pudimos mostrar que a menudo era consecuencia de una disfunción dolorosa benigna del segmento vertebral, para la que propusimos el nombre de « Desarreglo Intervertebral Menor » (DIM).

Este concepto, capital para la comprensión de la patología vertebral común, permite asumir que las radiografías de un « dolor de espalda » puedan ser normales. Lo hemos desarrollado ampliamente en nuestras publicaciones y lo hemos incluido en la "Revue de Médecine Orthopédique".

La prueba del origen articular posterior del dolor la aporta la eficacia de una infiltración anestésica de la articulación. Inicialmente la practicábamos bajo control de escopia, posteriormente de forma rutinaria durante el examen clínico.

Igualmente evidenciamos en los tejidos (músculos, tendones, piel y subcutáneo) que dependen de la misma metámera que la articulación afecta, las modificaciones clínicamente comprobables por palpación (cordones miálgicos, celulalgia, hipersensibilidad de las inserciones teno-periósticas) enumerando las irradiaciones dolorosas posibles que constituyen el "Síndrome célula-perióstico-miálgico segmentario" (Maigne), que yo también llamo "síndrome neurotrófico vertebral segmentario".

Conocer este síndrome aporta una semiología clínica real del sufrimiento de las ramas posteriores.



En 1971, se celebraba en Mónaco el “3º Congrès de la Fédération Internationale de Médecine Manuelle ».

Se me confió la organización y la presidencia, yo había escogido como tema del congreso « Las articulaciones vertebrales posteriores ». El programa incluía referencias embriológicas (Tondury), anatómicas (Lazorthes, Junghanns), biomecánicas (Kos), y clínicas (Maigne).

En mi informe titulado « Papel de las articulares posteriores en patología común » mostraba que éste no tan solo era real en la zona lumbar sino que también lo era en la zona cervical y en la dorsal, y señalaba su frecuente responsabilidad en numerosos dolores locales (lumbalgias, dorsalgias, cervicalgias), dolores radiculares, pseudo-radiculares, o proyectados (cefaleas de origen cervical, dorsalgia de origen cervical, lumbalgia de origen dorsal, dolores de hombro o de codo de origen cervical, etc.).

Insistía en el hecho de que el sufrimiento de la articular posterior no estaba ligado al aspecto radiológico y que no podía ponerse de evidencia más que con un examen segmentario como el que yo proponía. La desaparición de la sintomatología dolorosa con la infiltración anestésica de la articulación lo confirmaba. La infiltración con cortisona y/o la manipulación constituían el tratamiento básico.

Hobo que esperar a 1975 para que Mooney y Robertson devolvieran el prestigio al término " facet syndrome" que había olvidado todo el mundo. Estos dos autores proponían eliminar el término "facet syndrome" no solo para las ciáticas artrósicas (concepción de Ghormley), sino también de las lumbo-ciatalgias no radiculares; es decir, los dolores proyectados de origen articular posterior. Por primera vez, al otro lado del Atlántico, se interesaban verdaderamente en esta patología. Sólo poco a poco se impuso el término para designar también los dolores lumbares puros.

Es interesante constatar que casi la totalidad de los autores anglosajones hacen el diagnóstico de "facet syndrome" en base a la radiología (presencia de artrosis o de asimetría articular posterior) y algunas argumentaciones del interrogatorio. Por ejemplo, para C. Burton, el dolor de origen articular posterior se acentúa con la actividad y calma con el reposo: levantarse de la cama es doloroso; la sedestación, mal tolerada; incorporarse tras la flexión total lumbar puede provocar un vivo dolor; pero la tos o el estornudo son indolores. Se aprecia la ausencia de cualquier tipo de semiología clínica. A estos argumentos se añadía, para algunos autores, la eficacia de la infiltración anestésica como prueba del origen del dolor (Mooney et Robertson, 1975).

## **¿Síndrome Facetario o Desarreglo Intervertebral Menor?**

### **1) Una primera diferencia: el papel de la artrosis**

Se ve en la concepción anglosajona, la artrosis articular posterior es un elemento esencial del "facet syndrome". Así pues, una de las grandes diferencias entre el DIM y el "facet syndrome" es que el DIM es independiente de una eventual artrosis.

¿En qué condiciones se produce esta artrosis articular posterior lumbar baja y qué papel tiene en la lumbalgia?

El deterioro del disco implica modificaciones de la biomecánica del segmento móvil, y afecta a las articulaciones posteriores que a su vez se deterioran. Su sufrimiento forma parte más o menos importante de la lumbalgia.

Farfan distingue dos mecanismos.

En el primero, una sobrecarga excesiva implica una rotura de la placa cartilaginosa y hernias intra-esponjosas. Se produce un fenómeno de traslación antero-posterior que afecta a las articulaciones en la flexión o extensión extremas.

En el segundo, las torsiones excesivas comportan una fisuración radial del disco y una sobrecarga articular posterior de un lado con hernia discal del lado opuesto. La evolución lleva a la espondilolistesis por artrosis articular posterior y a un canal estrecho.

Estos dos mecanismos son los más comúnmente admitidos en la actualidad para explicar el sufrimiento articular posterior que constituye el "facet syndrome". Si la grave evolución descrita por Farfan aparece de vez en cuando, son más frecuentes los casos en los que el deterioro discal no comporta desórdenes tan escandalosos.

La artrosis articular puede también ser consecuencia de las tensiones excesivas que provoca la hiperlordosis. No es raro que la evolución sea casi muda a pesar de las importantes lesiones radiológicas degenerativas discales y de artrosis articular posterior. Recordemos que Wiesel encontró, en sujetos que jamás habían sufrido dolor, una proporción importante de lesiones radiológicas discales o articulares susceptibles de provocar síntomas dolorosos tenaces. Evoluciona a menudo la artrosis bajo una forma moderadamente episódica que puede al menos a veces ser penosa para el paciente. Se traduce con dolores lumbares posicionales y al esfuerzo.

Dupuis y Kirkaldy Willis dividen la evolución del proceso degenerativo en tres fases sucesivas:

- La disfunción o las lesiones iniciales que impiden que el segmento funcione normalmente;
- La inestabilidad que comporta un exceso de movilidad anormal en el segmento;
- La reestabilización por fibrosis y osteofitos que implican una disminución del movimiento vertebral.

Durante la fase de inestabilidad definida como una movilidad anormal en cantidad y calidad del segmento, los exámenes radiológicos dinámicos pueden visualizarla. Puede ser asintomática o sintomática, pero según los autores no hay relación entre la clínica y los datos radiológicos. Esta es una noción muy importante.

Las lesiones de la artrosis articular posterior no pueden ser sintomáticas más que cuando presentan una crisis congestiva o cuando son importantes y pueden modificar la morfología del canal vertebral estenosándolo, lo que puede unirse a una estenosis congénita y favorecer un síndrome del canal estrecho. En la mayoría de casos la artrosis articular posterior es pues indolora y asintomática. Si es sintomática, aparte de las condiciones antes citadas, es la rigidez que comporta la que favorece un DIM; el tratamiento con manipulación la volverá asintomática. Estas cosas suceden así en la región lumbar como en las otras regiones del raquis.

Unas cuantas lumbalgias comunes de origen lumbar bajo parecen ser la consecuencia de una disfunción dolorosa de un segmento vertebral, a menudo reversible con la manipulación y estabilizado con la re-educación, con o sin lesiones radiologicamente visibles.

### **Sufrimiento articular posterior y nucleolisis**

La deshidratación del disco con nucleolisis comporta una brusca modificación de las referencias entre las articulares posteriores, susceptible de provocar lumbalgias pasajeras, pero a veces duraderas.

## **Periartritis articulares posteriores**

Los exámenes tomodensitométricos permiten detectar calcificaciones en las cápsulas y ligamentos de las articulares posteriores. Son bastante frecuentes en la charnela dorso-lumbar y asientan en la cápsula articular y/o el ligamento amarillo (JY Maigne y cols.). Las reacciones periarticulares sin traducción radiológica son sin duda mucho más frecuentes en todos los niveles, algunas parecen tener algún papel en el dolor articular posterior.

## **Otras lesiones articulares posteriores**

La artrografía articular posterior ha permitido mostrar la existencia de lesiones que no revela la radiografía convencional: manifestaciones hidroartrósicas, formaciones diverticulares, y más raramente quistes sinoviales o comunicación entre articulaciones adyacentes. Los quistes sinoviales pueden comprimir la raíz en el agujero de conjunción. La comunicación entre cavidades articulares adyacentes corresponde a la unión de varios quistes (Chevrot y cols.). Su eventual papel en la lumbalgia no parece claramente establecido.

## **2) Una segunda diferencia: la localización del DIM**

Si los anglosajones reservan el término de "facet syndrome" para las afecciones lumbares bajas; el concepto DIM se aplica a todas las regiones del raquis: lumbar, torácico, o cervical, y más particularmente a las regiones de las charnelas.

En el cuadro de las lumbalgias, los DIM de la charnela tóraco-lumbar pueden ser origen de dolores lumbares bajos. En efecto, la lumbalgia de origen vertebral no siempre tiene su nacimiento en la afectación de los tres últimos segmentos lumbares. Nosotros hemos demostrado que pueden provenir de un segmento de la unión dorso-lumbar (T11-T12, T12-L1, L1-L2) precisamente por un sufrimiento articular posterior consecuencia de un DIM que se trasmite por la rama posterior correspondiente del nervio raquídeo y solo lo siente el paciente en la región lumbar baja. Recordemos aquí la sintomatología habitualmente unilateral de esta lumbalgia:

- Zona celulálgica dolorosa al pinzado-rodado de la parte superior del glúteo y/o de la región supra-yacente en la cresta ilíaca.
- "Punto de cresta" doloroso a la presión sobre la cresta ilíaca cuando se comprime el ramo nervioso concerniente;
- Segmento doloroso al examen segmentario en la unión dorso-lumbar T12-L1.

El sufrimiento segmentario responsable es habitualmente un DIM. El dolor articular posterior que se encuentra al examen segmentario siempre está situado en el lado de la lumbalgia. La infiltración anestésica de la articulación suprime las molestias del paciente y los signos de examen.

Pueden existir formas agudas en las que el raquis está bloqueado, normalmente sin actitud antiálgica; y formas crónicas (las más frecuentes) que nada, salvo el examen clínico, las diferencia de las lumbalgias de origen lumbar bajo. Además, a menudo hay asociaciones en proporciones variables en un mismo sujeto de una lumbalgia de origen alto y de una lumbalgia de origen bajo.

### **3) Una tercera diferencia, el mecanismo**

Hay una correlación entre artrosis (o mal posición articular posterior) y “facet syndrome”. Por el contrario el término DIM no sobreentiende obligatoriamente una lesión de este tipo. Designa simplemente una disfunción reversible del segmento móvil raquídeo; la perturbación primitiva puede situarse perfectamente en el disco, por ejemplo.

Debido a su rica inervación, la articulación es de alguna manera el « porta estandarte » de los sufrimientos de este segmento móvil.

Actualmente se reconoce el papel del sufrimiento articular posterior en el mecanismo de las lumbalgias. Pero aún existe demasiada tendencia a relacionar la imagen radiológica con el dolor.

Las articulaciones artrósicas pueden ser asintomáticas y las articulaciones radiológicamente normales pueden ser responsables de dolores rebeldes. Aquí la noción del DIM muestra toda su importancia.

Ante todo es el examen clínico el que detecta la articulación dolorosa, y el test anestésico el que confirma que es la responsable de la molestia del paciente.

---