

TRATAMIENTO ORTOPEDICO DE LAS ESPONDILOLISTESIS EN DEPORTISTAS COMPETITIVOS

Autores: Dr. Jorge SALAS BRACONI, Lic. Karina BOGDANO

RESUMEN

INTRODUCCION: La espondilolisis y espondilolistesis es una de las causas más comunes de lumbalgia en jóvenes deportistas. Su etiología es de múltiples causas siendo la más clara y dominante aquella que esta en relación a una sobrecarga. El objetivo es evaluar la eficacia del tratamiento ortopédico en las espondilolisis en deportistas y la metodología de rehabilitación fisiokinesica necesaria para regresar a la misma actividad deportiva previa.

MATERIAL Y METODOS: entre diciembre del 2003 y marzo del 2007 fueron evaluados con Rx. 28 pacientes con espondilolisis. Todos ellos fueron estudiados con TAC con cortes realizados en el istmo vertebral y centellograma o spect. Se estableció que los candidatos a ser tratados con corset eran 16, dos mujeres y 14 varones. Todos deportistas competitivos 10 casos fútbol, 2 casos basketball y dos de gimnasia deportiva. Centellograma hipercaptante y TAC sin lesiones con bordes escleróticos fueron los criterios de inclusión. En 10 casos el nivel comprometido fue L5 y en los 6 restantes L4 y en el 50 % de los casos la lesión era unilateral. El tiempo de seguimiento fue de un año como mínimo. El corset TLSO en polipropileno debe utilizar durante 22hs al día, durante cuatro meses. El tratamiento consta de 4 etapas. Primera etapa ejercicios diafragmáticos y del transversal del abdomen con o sin corset. Segunda, método de las 3 escuadras, tercera esferokinesis, cuarta trabajo de campo deportivo.

RESULTADOS: los 16 pacientes regresaron a la actividad deportiva 2 casos (12,5%) que no usaron ni en tiempo ni forma el corset. A los 6 meses solicitamos una nueva TAC donde hemos observada en un 37,5% de consolidación

CONCLUSIONES: Creemos que el tratamiento ortopédico de las espondilitis debe poseer un estricto esquema de estudio y un minucioso seguimiento.

INTRODUCCION

Una de las causas más comunes de lumbalgia en jóvenes deportistas responde a la espondilolisis y espondilolistesis (7). Su estudio y tratamiento posee múltiples aspectos que deben ser tenidos en cuenta al momento de resolver esta patología.

Es aun su etiología de causas múltiples siendo la mas clara y dominante aquella que esta en relación a una sobrecarga asociada a un componente genético que favorece su instauración(9) .Esta sobrecarga esta en directa relación con entrenamientos cada vez mas exigentes a edades cada vez mas precoces constituyendo una verdadera fractura por estrés.

Poseen un mayor riesgo los deportes en que se realizar gestos repetitivos de hiperextensión presentes en la competencia o en el entrenamiento.

Definir una conducta de tratamiento en deportistas con espondilolisis es un gran desafío; es en este desafío donde radica la importancia de una adecuada selección y estudio del paciente. Rodeándolo se encuentra la familia, entrenadores e intereses económicos, es por ello que el camino debe emprenderse estableciendo expectativas claras.(6)

El objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia del tratamiento ortopédico en las espondilolisis en deportistas y la metodología de rehabilitación fisiokinésica necesaria para regresar a la misma actividad deportiva previa.

MATERIAL Y METODOS

Los pacientes seleccionados para el tratamiento fueron todos deportistas competitivos que al momento de la consulta a causa del dolor habían suspendido su practica deportiva. En todos los casos habían sido evaluados por otro profesional .Todos ellos fueron tratados inicialmente como una lumbalgia recibiendo un tratamiento consistente en analgésicos y fisioterapia que no logro mejorar el cuadro.

Ninguno de los pacientes incluidos poseía irradiación específica o inespecífica; el motivo de consulta era lumbalgia.

Es así que entre diciembre del 2003 y marzo del 2007 fueron evaluados 57 deportistas competitivos que consultaron por dolor lumbar. Luego de ser evaluados con Rx. se estableció que 28 pacientes poseían espondilolisis.

Sistemáticamente todos ellos fueron estudiados con TAC con cortes que realizados en el istmo vertebral y centellograma o spect según la posibilidad de cada paciente.

Luego de ser evaluados los estudios se estableció que los candidatos a ser tratados con corset eran 16.

En 10 casos el nivel comprometido fue L5 y en los 6 restantes L4 y en el 50 % de los casos la lesión era unilateral.

El tiempo de seguimiento fue de un año como mínimo.

Para ser adecuados receptores de este tratamiento debía observarse en el centellograma una imagen hipercaptante, señal esto de que la lesión es aguda y por ende con posibilidad de formar en cayo.

Al momento de evaluar la TAC no debían observarse lesiones con bordes escleróticos, indicador ello de un intento de “reparar la lesión” sin resultado (pseudoartrosis), por el contrario la lesión con bordes lineales son los que mas probabilidades de consolidación poseen.(4)

En estos casos se utilizo corset TLSO en polipropileno.

Los pacientes que reunieron un criterio para el tratamiento ortopédico fueron 16 de los cuales 2 eran mujeres y 14 varones.

La edad promedio fue de 16 años (14-20) y los deportes realizados fueron en 10 casos fútbol, 2 casos basketball y dos de gimnasia deportiva.

Metodología de tratamiento

Una vez finalizada la etapa de estudio y confeccionada la ortesis la misma se debe utilizar durante 22hs al día, retirándolo solo para higienizarse.

El corset es indicado durante cuatro meses.

Primera etapa desde el punto de vista de la rehabilitación se utiliza magnetoterapia y ejercicios de estabilización de columna los cuales debe

realizar tres veces por día pudiéndolos hacer con o sin corset (principalmente ejercicios diafragmáticos y del transverso del abdomen).

Segunda etapa comienza el retiro paulatino y progresivo del corset.

En este momento comienza el tratamiento de reeducación global postural con el método de las 3 escuadras, basado en el criterio acuñado por Francoise Mezieres "la puesta en tensión". La misma es progresiva y no se trata de una tracción ni de una elongación sino de la puesta en tensión fisiológica.(1-2-3)

Se utilizan tres posiciones básicas, acostados sobre el dorso con los miembros inferiores flexionados en 90 grados (primera escuadra), sentados con el cuerpo erguido en ángulo recto y los miembros inferiores extendidos (segunda escuadra) y por ultimo parados con los miembros inferiores extendidos y el tronco flexionado en 90 grados (tercera escuadra), la adquisición de las tres posturas es un trabajo progresivo y largo de relajación y estiramiento. Luego de que se va logrando la alineación de occipital, escápulas y sacro en las tres posturas en una primera fase pasiva (en la cual se utiliza una cincha que sostiene y ayuda a mantener la posición) se pasa a una fase activa-pasiva (con una cincha semielástica donde ya se pone en juego un proceso mas activo del paciente) para luego pasar a un periodo en el cual ya se ha logrado cierto largo de las cadenas musculares retraídas, se puede trabajar con la musculatura tónica en forma excéntrica en las tres posiciones antes descriptas. (8)

Es fundamental durante el tratamiento también incluir desde el comienzo del mismo una reeducación de los apoyos de los pies para corregir cualquier proceso ascendente o descendente, y también es una de las bases del tratamiento el trabajo diafragmático por la sinergia de los dos sistemas musculares (diafragma y transverso del abdomen)

Tercer etapa en esta se incorpora el trabajo de esferokinesis, es decir trabajo con balones de postura, donde el paciente realiza desplazamientos y diversa posturas en la pelota que le permiten estimular todas las cualidades físicas sin posibilidad de daño.

Cuarta etapa: reacondicionamiento físico y vuelta a la actividad deportiva,

Se trabaja en el campo deportivo inicialmente con resistencia muscular (muchas repeticiones con poca carga), incrementando paulatinamente la carga

de acuerdo al deporte. Es de fundamental importancia en esta etapa trabajar sobre el equilibrio y la propiocepción, lo cual le permitirá al paciente moverse libremente en la cancha sin pensar en su patología de columna. Es decir que la cualidad física en la que se hará mayor hincapié será la coordinación neuromuscular e intramuscular.

Por ultimo, se evaluará al paciente durante su desempeño en el gesto deportivo y se buscara la forma de optimizar la mayor eficacia de la técnica deportiva con el menor consumo de energía

RESULTADOS

De los 16 pacientes tratados todos regresaron a la actividad deportiva pero debemos señalar que no todos los pacientes completaron el plan de tratamiento, esto es el tiempo indicado de utilización del corset y las etapas de rehabilitación indicadas. De los 16 hubo 2 casos (12,5%) que no usaron ni en tiempo ni forma el corset.

El objetivo primario del tratamiento es lograr la consolidación ósea pero este es un objetivo debido a la pobre presencia de periostio en la zona del istmo vertebral no siempre se alcanza. Es así que Steiner y Micht. (Spine 1985) se reportan un 82% de buenos resultados con solo un 38% de consolidación (Blanda et al J. Spine Dis. 1993)

Es así como en el 87,5 % de nuestros pacientes pudimos comprobar la desaparición de los síntomas de dolor y su regreso al mismo nivel del deporte (5). Como rutina a los 6 meses solicitamos una nueva TAC donde hemos observada en un 37,5% de consolidación (6/16).

No hemos tenido que intervenir quirúrgicamente a ninguno de los pacientes seleccionados (10)

CONCLUSIONES

Creemos que el tratamiento ortopédico de las espondilitis debe poseer un estricto esquema de estudio y demanda por parte del medico aplacar las juveniles ansias de retirarse el corset. Este no es un tema menor, estos jóvenes

muchas veces son el centro de una familia, su esperanza económica y la posibilidad de un mejor futuro. Otro aspecto es que a través del deporte se afianzan como el centro de atención de su grupo de amigos y el no poder practicarlo los aleja de ese lugar de privilegio. Es muestra responsabilidad entender estos aspectos al tratar a este grupo de pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bienfait Marcel La reeducación postural por medio de técnicas manuales. Ed. Paidotribo. 1997
- 2) Bienfait Marcel Bases fisiológicas de la terapia manual y de la osteopatía Ed. Paidotribo 1997
- 3) Busquet Leopold. Las cadenas musculares Ed Paidotribo 1994
- 4) Debnath UK, Freeman BJ, Grevitt MP, Sithole J, Scammell BE, Webb JK. ___Clinical outcome of symptomatic unilateral stress injuries of the lumbar pars interarticularis. Spine. 2007 Apr 20;32(9):995-1000
- 5) d'Hemecourt PA, Zurakowski D, Kriemler S, Micheli LJ. Department of Orthopedic Surgery, Children's Hospital, Harvard Medical School, Boston, Mass 02115, USA.
- 6) Herman MJ, Pizzutillo PD, Cavalier R. Spondylolysis and spondylolisthesis in the child and adolescent athlete. Orthop Clin North Am. 2003 Jul;34(3):461-7.
- 7) Jackson DW. Low back pain in young athletes: evaluation of stress reactions and discogenic problems. Am J Sport Medicine 1999
- 8) Panjabi. Therapeutic exercise for spinal segmental stabilization in low back manobar. ed Churchill Livingston 1999.
- 9) Tallarico RA, Madom IA, Palumbo MA. Spondylolysis and spondylolisthesis in the athlete. Sports Med Arthrosc. 2008 Mar;16(1):32-8.
- 10) Salas Braconi J, Verna V. Tratamiento de las Espondilolisis sin artrodesis. XIV Congreso Argentino de la Sociedad de Patología de la Columna Vertebral - Mar del Plata 2006