

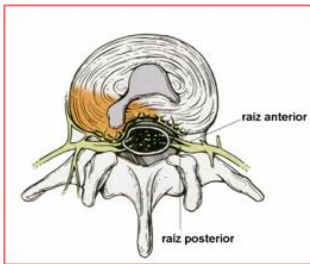
PROTRUSIÓN DISCAL

Alrededor del 80% de la gente totalmente asintomática muestran un disco con protrusión en la IRM (positivos falsos).

Cerca del 40% de pacientes con lumbalgia crónica o dolor del miembro inferior presentan desgarros y protrusión posterior del disco a menudo invisibles en la IRM.

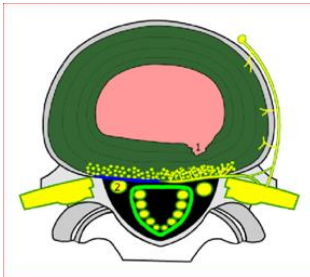
Un paciente con una disfunción somática de FRS debe presentar una imagen de protrusión discal en la IRM.

I- FISIOPATOLOGÍA



En la protrusión discal hay rotura de las fibras internas y el núcleo se desplaza en la fisura discal haciendo protruir el disco.

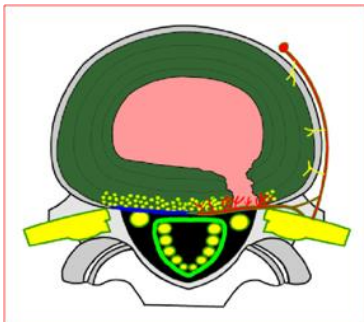
PROTRUSIÓN DISCAL ASINTOMÁTICA (grado 1 de desgarró anular)



La parte posterior del disco NO hace protrusión posterior más allá de la apófisis del anillo (gris), en el espacio epidural anterior.

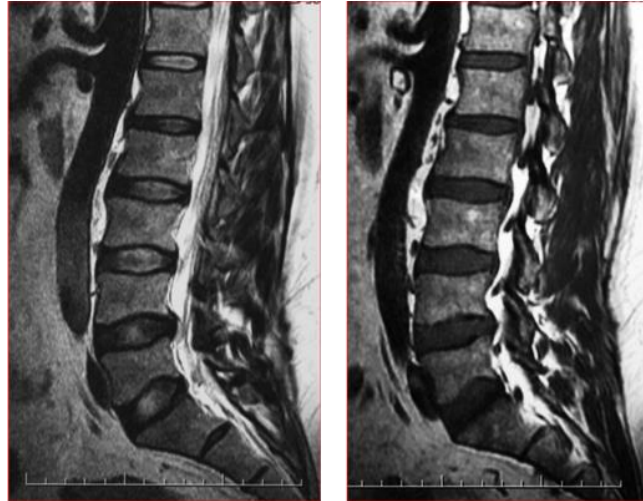
La destrucción discal interna es generalmente un precursor de la protrusión.

PROTRUSIÓN DISCAL DOLOROSA (grado 3 del desgarró anular).



El nervio sinus vertebral transmite las señales del dolor discogénico y provoca dolor lumbar, dolor referido del miembro inferior o ciática discogénica.

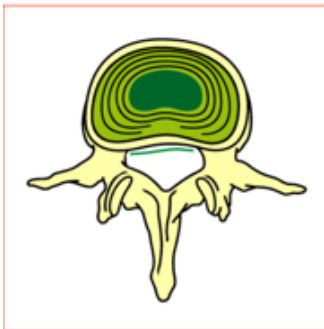
IRM CORTE SAGITAL LATERAL



T2 – Protrusión
posterolateral (FRS) L4-L5.

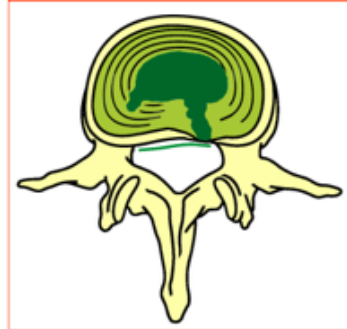
T1 – Protrusión
posterolateral (FRS) L4-L5.

DIFERENCIA ENTRE PROTUSIÓN Y HERNIA DISCAL SUBLIGAMENTARIA (TAC o IRM)



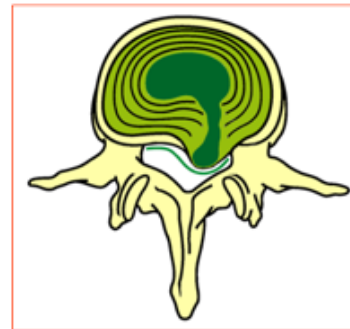
Disco normal:

El anillo no desborda la apófisis del cuerpo vertebral.



Protrusión discal:

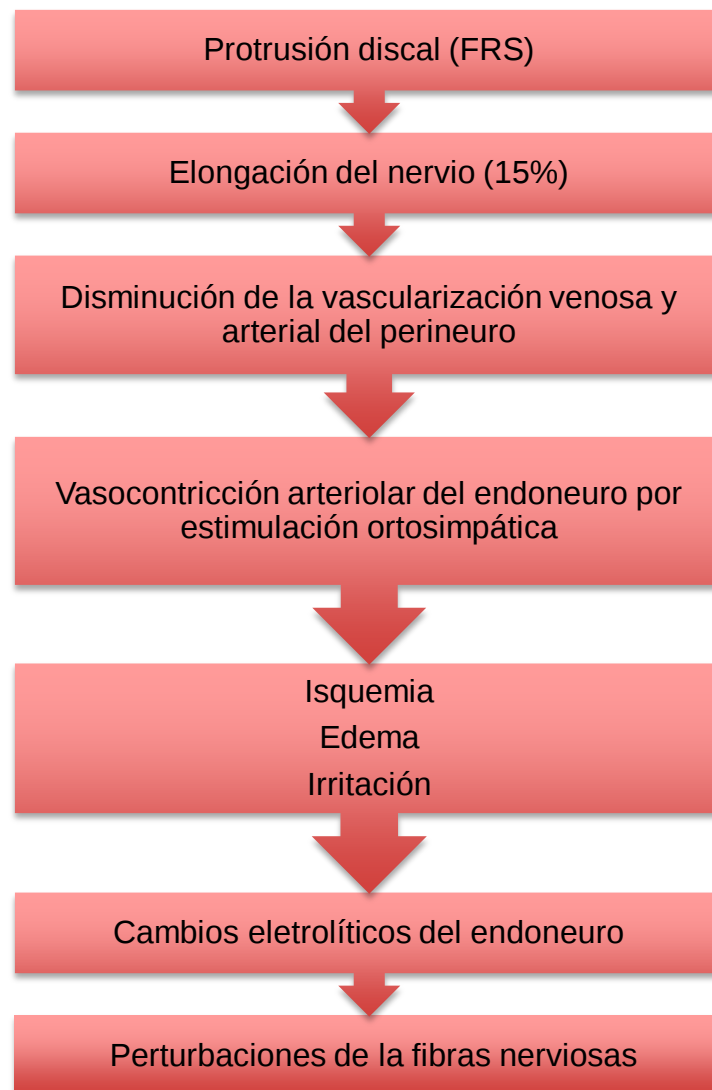
El anillo no desborda la apófisis del cuerpo vertebral pero llega a su límite, el LCVP no recibe mucha tensión.



Hernia subligamentaria:

El anillo desborda la apófisis del cuerpo vertebral y distiende el LCVP recibe mucha tensión.

REPERCUSIONES DE UNA TRACCIÓN SOBRE EL NERVIÓ SEGÚN SUNDERLAND



II- EXAMEN CLÍNICO

A – Posición antálgica:

- ✓ CRUZADA EN 90 % DE LOS CASOS: el paciente se traslada lateralmente del lado contrario a la ciática para desplazar el núcleo hacia el lado sano, alejándose del ligamento común vertebral posterior muy sensible. Esta posición antálgica disminuye la agresión sobre los captóres lamelares.

- ✓ DIRECTA EN 10 % DE LOS CASOS: el paciente se inclina del lado del dolor; el apoyo interapofisario permite la abertura de la fisura y disminuye la presión intradiscal.

B – Movilización activa

- ✓ La flexión provoca dolores por el importante incremento de presión intradiscal.
- ✓ La extensión provoca dolores por el empuje discal debido a la protrusión fisiológica del disco que agrava la protrusión discal: existe un arco doloroso pasando de la flexión a la extensión lumbar.
- ✓ La lateroflexión puede ser dolorosa al nivel lumbar del lado de la protrusión, o a nivel del miembro inferior en lateroflexión contralateral por tracción sobre la raíz nerviosa inflamada.

III – METAS DE LAS MANIPULACIONES

- ✓ Disminuir las presiones sobre los mecanorreceptores y así cortar la secreción de sustancias algogénicas.
- ✓ Abrir la fisura y aspirar el núcleo en posición central con un thrust en lateralidad (reducir la protrusión discal).

LIBROS DE REFERENCIA:

- François Ricard. Tratamiento osteopático de las lumbalgias y lumbociáticas por hernias discales. Ed. Medos; Madrid 2013.