

NOTAS CLÍNICAS

ESPONDILARTROSIS TRAUMÁTICA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO

J. MORENO
(Murcia)

La espondilartrosis traumática, es una afección articular degenerativa. Frecuente en los obreros de más de 40 años, consecutiva a pequeños traumas, por excepción a un solo accidente — trabajadores jóvenes; — la lesión primordial corresponde a los discos intervertebrales y de éstos con suma frecuencia al que separa IV y V vértebras lumbares, bipedestación. En cuanto a las lesiones anatomo-patológicas es SCHMORL, que da el nombre al núcleo distal, a quien debemos los trabajos fundamentales.

Los datos anamnésicos, los dolores comprobados por las presiones en el foco, y aun el raro hallazgo neurológico, no servirán más que para localizar; el diagnóstico nos lo da el estudio detenido de la imagen radiográfica sin la cual no es posible aislar esta entidad clínica. El pronóstico es favorable; la perdida de elasticidad, de los o del disco intervertebral, aproxima los cuerpos de las vértebras, entre cuyas márgenes articulares, sobresale el disco traumatizado, que ya sin función, favorece la osificación y enlace de las dos vértebras contiguas; esta sinostosis cuando adquiere firmeza, equivale a curación natural que se abrevia enyesando la columna.

Sirva esta síntesis descriptiva y la radiografía que presentamos al lado de la historia del "caso", para enfrentarnos con este tema, de interés científico social, que se extiende fuera del área del traumatólogo, ya que los sujetos afectos son casi siempre visitados por el médico general.

Sigamos la historia del obrero de 20 años a quien corresponde la imagen radiográfica. No tiene estigmas degenerativos, tipo asténico, atlético, con buena coloración de piel y mucosas, no ha sufrido ninguna enfermedad importante, ni tiene antecedentes familiares patológicos.

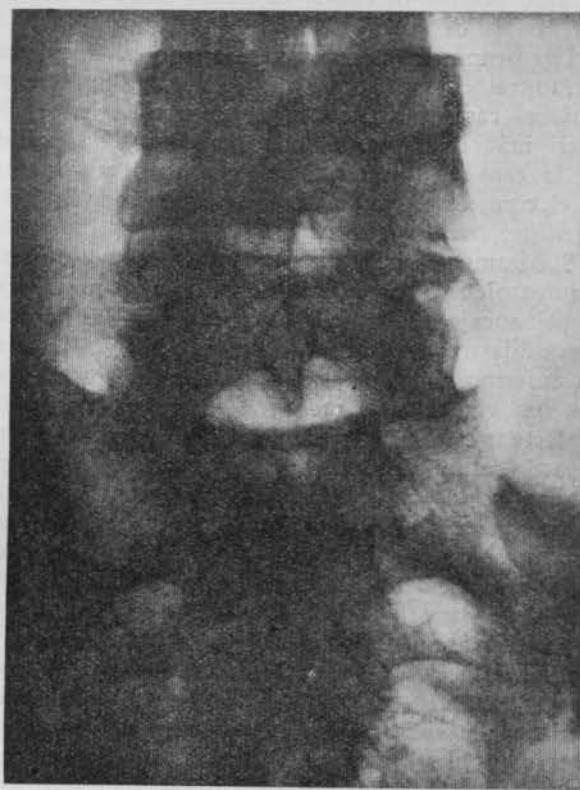
Nos dice que hace cuatro meses al agacharse para coger un cilindro del suelo — flexión forzada de extremidades con columna en hiperextensión — notó un "chasquido" en "la cadera hacia la espalda" que le dejó unos instantes como "inmovilizado por el dolor", llegó a su casa a duras penas andando "como a gachas", no pudo ni tumbarse en la cama porque se agudizaban los dolores, siempre en región sacrolumbar sin irradiaciones. Fué cinco o seis días al Seguro, le hicieron una radiografía de columna, hospitalizándole durante dos meses. Se aliviaron los dolores con el reposo relativo. Nueva radiografía, seguida, esta vez, de aplicaciones de botes de fuego, y alta curado; comenzó a la sazón a trabajar en la misma fábrica y aunque en sus movimientos procuraba adoptar actitudes antiálgicas, reaparecieron los dolores en la misma forma e intensidad. Deja el trabajo, vuelve al Seguro, y "como no me han dado de baja como accidente, y yo no puedo trabajar, deseo que usted me reconozca".

El enfermo nos dice, con intermitencias, que él, en siete años no se aprovechó del Seguro, "siempre fui muy honrado y trabajador", etc.; datos que junto a la exploración, con tan escasos signos objetivos, nos dispone a, sin formar juicio definitivo, pensar en *no lesión*.

En la exploración local, encontramos columna flexible sin desviaciones; en columna lumbar, un a modo de empastamiento de las tres últimas vértebras con atenuación de la lordosis. Dolor a la flexión forzada en región lumbosacra, cuya palpación y presión indirecta es dolorosa. No trastornos de esfínteres. En extremidades inferiores, bien de tono, reflejos, motilidad, sensibilidad, etc.

El examen y estudio de la radiografía anteroposterior de columna lumbosacra, nos hace variar nuestro juicio apriorístico, al observar en la imagen radiográfica:

1.º Un estrechamiento — que raya en la desaparición — del disco intervertebral que separa la IV y V vértebra lumbar.



Espondilartrosis-monotraumática a los 5 meses del accidente.
(Explicación en el texto.)

2.º Aumento del espacio interpedicular de la IV, con desfiguración de la carilla de ambos lados, más en la derecha.

3.º Sinostosis de la V, con el sacro, así como abrazaderas de osificación más acentuadas en lado derecho que unen esta vértebra con la cuarta.

De todo lo cual deducimos que los dolores que acusa en región lumbosacra, se justifican por la regresión de dicho disco intervertebral, en la periferia del cual y únicamente en borde marginal del anillo fibroso asientan — según FIECK — las terminaciones sensitivas, amén de ser el citado disco el más intensamente expuesto a las influencias traumáticas (pérdida de elasticidad, ROKITANSKI y BENEKE) y el que la bipedestación más ha trastocado.

El aplastamiento que ha producido el accidente en el disco modifica su estructura y función, de tal modo, que prácticamente coaptan los cartílagos articulares y sólo en las márgenes queda como un ani-

llo, cuyo abombamiento irregular (más prominente en el lado derecho por el mayor uso de la mano, SIMONDS) tiene tendencia a la osificación.

Son muy interesantes, aunque fuera de lugar en este tema, los estudios anatopatológicos de los cambios estructurales que sufren en las diversas etapas el núcleo pulposo y el anillo fibroso, y esto nos hace pensar que la afección conocida con el nombre de condroma extradural de Elsberg (que como se sabe es un prolapsus de núcleo pulposus que cuando sobresale por la cara posterior de dos cueros, puede producir un síndrome de compresión medular), no sea más que una *Espondilartrosis monutraumática* que por su abundante síndrome neurológico es diagnosticada de tumor medular, aracnoiditis, etc., y en la intervención operatoria o en la mesa de autopsias ha sido posible descubrir la lesión antes de comenzar la fase degenerativa.

De propósito hemos mencionado el condroma extradural de Elsberg, como la entidad más semejante al caso que nos ocupa, en que la lesión del disco más baja que el cono medular, ha podido ser la causante del síndrome doloroso tan intenso en el comienzo, producido por excitación de filetes del *filum terminale*.

Si ojeamos de nuevo la anamnesis y el cuadro anatopatológico con la radiografía, nos damos cuenta del encaje perfecto de este caso, en la llamada Espondilartrosis traumática, cuyo adjetivo, la edad del enfermo — 20 años, — las lesiones hoy regresivas, que vemos en la radiografía, fueron producidas al efectuar el levantamiento del peso en flexión forzada de columna, por lo que proponemos catalogar de *Espondilartrosis monutraumática*, este caso que ha sido, después de un recorrido por clínicas y asesorías técnicas de Seguros, "admitido-subvencionado" como accidente del trabajo.

¿Puede o no haber habido lesión ósea en el momento del accidente? Cuando la fuerza compresiva sobrepasa la elasticidad del cuerpo vertebral — observa CHRISTEN LANGE — sin lesión radiológica, se aplasta, modificando su estructura, y crea más tarde "intervalo libre", lesiones óseas que él ha comprobado radiográficamente y en autopsias.

Este hecho tiene importancia extraordinaria para ser cautelosos, en el diagnóstico radiográfico de los primeros momentos, y si encontramos algún dato objetivo, aun con la imagen normal a la vista, mantener una inmovilidad expectante, por lo demás no muy prolongada, ya que HAUMAN dice haber encontrado a las cuatro semanas del trauma, abrazaderas óseas intervertebrales, es decir, el comienzo del proceso terminal curativo de la lesión. Si al cabo de ese período comprobamos en una nueva radio una lesión del cuerpo vertebral, no retiraremos el diagnóstico de espondilartrosis, para admitir una enfermedad de KÜMMEL-VERNEUIL. Diremos que el trauma que ocasionó la afección articular produjo a la vez, modificaciones estructurales en uno o varios cuerpos vertebrales que han ocasionado la espondilitis traumática. El diagnóstico diferencial con las espondilartrosis no traumáticas, las consecutivas a espondilitis postinfecciosas, espondilolistesis, mal de Pott de comienzo, caries y sífilis vertebral, etc., afec-

ciones todas, que pueden coincidir en sintomatología e imagen con la espondilartrosis, se basará como siempre en un estudio de conjunto que con el Laboratorio y la anamnesis, nos aislará todas estas enfermedades de la *Espondilartrosis traumática*. ¿Qué problema económico o social plantea a las Compañías de Seguros el reconocer la *Espondilartrosis traumática* como accidente de trabajo? Ninguno. BACHMAN, en 2.561 columnas exploradas, encontró 674 veces lesiones incipientes de espondilartrosis. SCHMORL, en 10.000 columnas estudiadas en el Instituto de Dresde, encuentra lesiones de discos intervertebrales en un 38 %. GONZÁLEZ DUARTE commenta en su ponencia, que un tercio de la humanidad padecería lesiones de los discos; no creemos que este tanto por ciento que indudablemente encuentra SCHMORL, pueda en ningún momento darnos ni una idea aproximada, porque la mayor parte del material empleado es recogido de los distintos servicios hospitalarios y los autopsiados provienen de los diferentes servicios de infecciosos de traumas, etcétera. Nosotros mantenemos en hipótesis la frecuencia enorme de esta lesión en obreros esforzados, que hemos comprobado en pequeña escala y esperamos ver comprobada en estadísticas de las grandes Clínicas.

Se nos dirá si es tan frecuente y se admite como accidente una afección que la padecen un número tan elevado de obreros, resultará catastrófico para las Compañías y perjudicial para la producción, el considerarlo como accidente. Sencillamente no, porque es una afección traumática que transcurre sin verla ningún médico en el uno por mil de las ocasiones.

Generalmente, se produce la pérdida de elasticidad y el abombamiento del disco, poco a poco, y en virtud de pequeños traumas; no hay dolores; la fijación de los cuerpos vertebrales "juntos" y "fijos" hace la osificación y la curación sin molestia alguna pasa su vida sin enterarse, y si por hallazgo casual encontrásemos la lesión radiológica, no solamente no se nos ocurrirá nunca considerarla como accidente, sino que no pasará por nuestra mente el descubrir la afección ante el obrero.

Nuestro propósito es hacer fijar la atención del médico y del traumatólogo, en los casos, que como en nuestro ejemplo — por lo demás no infrecuentes — la lesión del disco, consecutiva a un sólo trauma, produce un síndrome radiculítico, rara vez acompañado de cortejo neuroológico.

Proponemos para todos los casos similares, el sobrenombre de *Espondilartrosis monutraumática* y esperamos sean considerados y tratados desde el primer momento como accidentes del trabajo, si concurren las circunstancias legales.

El obrero una vez enyesado puede seguir trabajando — nosotros lo aconsejamos como la mejor psicoterapia profiláctica. — Sólo nos resta pedir al patrono su anuencia a no utilizarle en funciones inadecuadas a su inmovilización local.

La posición del médico, especializado o no, en estos casos de traumatismos de columna, en que radiográficamente no se aprecian lesiones claras en los primeros días del accidente; y a la exploración neurológica no se encuentran datos positivos; y sólo el

dolor subjetivo que trataremos de comprobar nos hace presumir una "lesión de columna", ¿será esto suficiente para inmovilizar el sector afecto?, con la columna en hipertensión en un corsé enyesado a lo Böhler, e informar a la Compañía, para que a su vez lo comunique al patrono, que el obrero en cuestión, puede dar un rendimiento prácticamente normal.

Ocurre con frecuencia que estos obreros "en los que no se encuentra nada importante", son sometidos a exploraciones y tratamientos "movilizantes", para a los veinte o treinta días decirle que "no tiene nada" y enviarle al trabajo, que no puede realizar. El paciente duda de nuestra Deontología. Visita a otros especialistas, y si la enfermedad tiene comprobación radiológica o clínica objetiva, después de este intervalo libre, *Espondilitis traumática Kummel*, o espondilartrosis, creemos, aparte del conflicto económico oneroso a la Compañía, otro moral y socialmente catastrófico.

Vemos, pues, que con nuestro diagnóstico impreciso, *lesión de columna*, seguido de tratamiento precoz, curamos profilácticamente, física y moralmente, a un obrero que continúa retribuido y trabajando; que de otro modo será o un simulador sin trabajo, o un verdadero enfermo que en el mejor de los casos, es decir, si transcurrido algún tiempo han desaparecido sus molestias, se ven substituidas por otras de tipo neurótico, "neurosis derenta" que le acompañarán junto con el estigma de simulador o "calandria" toda su vida, por los más variados servicios de nuestra Beneficencia.

CONCLUSIONES

1.º Proponer como entidad clínica la *Espondilartrosis monotraumática*.

2.º Considerar el *Condroma extradural de Elsberg* o prolusión de núcleo pulposo como traumático y asimilable a la espondilartrosis en su primera fase.

3.º Aceptar y tratar como accidente de trabajo desde el primer momento, todo lo que diagnostiquemos como "lesión de columna" y no esperar a encontrarnos con las lesiones "hechas".

4.º El beneficio de considerar estos casos como accidentes del trabajo alcanza por igual al obrero, a la Compañía y a la producción.

UN CASO DE JAQUECA TRATADO CON ACIDO NICOTINICO

E. ENRIQUE

Contrasta la ya relativamente extensa bibliografía sobre la gran acción vasodilatadora del ácido nicotínico, con los escasos intentos de utilización clínica de esta interesante propiedad farmacológica.

Esta acción vasodilatadora, comprobada primero en los vasos periféricos por BEAN y SPIES, ABRAMSON, KATZENSTEIN y SEMOR ha sido también confirmada experimentalmente por MOORE, cuyos trabajos unidos a los de ARING y colaboradores, permiten llegar a la conclusión de que el ácido nicotínico extiende su acción vasodilatadora incluso a los vasos del sistema nervioso, siendo su efecto más prolongado y persistente, que el de cualquier otro fármaco de acción análoga. Mas, si este último hecho ha fructificado ya en algunas aplicaciones terapéuticas, como por ejemplo en casos de trombosis y reblandecimiento cerebral (CLECKLEY y colaboradores, FURTADO) e incluso en algunos procesos de obstrucción arterial, como la trombosis de la arteria central de la retina (GRANDE), llama la atención que no se haya extendido el campo de su aplicación terapéutica a otras afecciones. Baste considerar, en apoyo de esta reflexión meramente especulativa, el importante papel, que como factor patogénico juegan en la Patología los disturbios de índole vasomotora.

Ciñéndonos a la finalidad concreta y específica de esta nota clínica, hacemos abstracción del sugestivo problema de la patogenia de la jaqueca, permitiéndonos resaltar únicamente que en medio de la "gran tormenta vegetativa", que según expresión gráfica de JIMÉNEZ DÍAZ es el ataque de hemicránea, destaca preminentemente el síntoma dolor, directamente dependiente de un trastorno del tono vascular cefálico. Aceptándose hoy por casi todos los autores este origen vascular de la cefalea migranaide y teniendo en cuenta aquella acción vasodilatadora del ácido nicotínico de la que hemos hecho mérito al principio, es por lo que nos decidimos a emplear este fármaco en el caso de jaqueca cuya historia referiremos a continuación:

HISTORIA CLÍNICA. — P. N., 38 años, casada. Antecedentes familiares sin interés. Ha tenido tres hijos y dos abortos de dos meses. Menarquia, a los 17 años. Oligomenorrea y dismenorrea habituales. Frecuentes e intensas cefaleas premestruales, que afectan exclusivamente a la mitad de la cabeza y que la enferma por propia iniciativa viene combatiendo de siempre con Veramón. Al aparecer el período suelen desaparecer sus molestias. De joven y con anterioridad a la crisis puberal, urticarias de repetición. Durante los embarazos tuvo menos dolores de cabeza.

Tres días antes de la última menstruación, gran urticaria, que es yugulada espontáneamente en el momento de aparecer la regla. Esta última ha sido aún más escasa que de ordinario.

Vemos por primera vez a la enferma un mes después del anterior suceso con motivo de unos intensísimos dolores de cabeza, que no ha logrado aplacar con dosis prodigias de Veramón. Lleva tres días con cefalea persistente, en la que bruscamente se ha injertado el acceso actual, genuinamente paroxístico. El dolor se proyecta en la mitad izquierda de la cabeza siendo más intenso alrededor de la órbita; se irradia a la mitad homónima de la cara y hacia el oído y hombro del mismo lado. Estado nauseoso; no vómitos; fotofobia; taquicardia, midriasis y ptialismo. Temperatura, normal.

Inyección intramuscular de Gynergeno (0,5 mg.) y administración per os de 5 cg. de luminal. Al cabo de una hora, comienza a ceder el acceso. A la mañana siguiente la enferma se encuentra bien y muy satisfecha: ha dormido, según dice, "de un tirón" toda la noche. Aparece aquel día el período. Al siguiente día se levanta con el ánimo deprimido y sumida en un estado psíquico particular, nos anuncia, llena de temores, que "le va a repetir el dolor". Así sucede; pero ahora se localiza en el lado derecho, ofreciendo por lo demás las mismas características y acompañándose de idéntico cortejo sintomático.

Nueva inyección de Gynergeno, que aunque no surte un