



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1658 - Abordaje de la lumbalgia en un paciente con Párkinson

H. Riera Iñíguez^a, D. Tornero Jiménez^b y W. Santirso Abu El Bar^a

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud el Campello. Alicante. ^bJefe de servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital de San Juan. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 72 años que acude a consulta de A. Primaria (AP) refiriendo lumbalgia de largo tiempo de evolución que le incapacita para la realización de sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Antecedentes: Párkinson; protrusiones discales de L3-L4 y L4-L5 (2006), HTA, hiperuricemia. S. basal: parcialmente dependiente para las ABVD. Tratamiento: Zyloric 300 mg, Deprax 100 mg, Kalpres Plus 320/12'5, Aldactone 25 mg, Sinemet 25/250.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, normohidratado, normocoloreado, eupneico, afebril. Destaca postura rígida, por rigidez parkinsoniana, con equilibrio parcialmente inestable. Marcha con lateropulsión a la derecha (secuela de enfermedad de Menière). Con el tratamiento analgésico pautado desde AP no se obtienen los resultados deseados, por lo que se deriva al paciente a Reumatología y Rehabilitación. Reumatología: identifica lumbalgias mecánicas, descartando artropatía inflamatoria raquídea. Servicio de Rehabilitación: tres descartar síntomas de alarma, se le incluye en el protocolo de lumbalgias mecánicas (consistente en 6 sesiones en las cuales se enseñan ejercicios de fortalecimiento de la musculatura lumbar y normas de ergonomía), sin obtener mejoría clínica significativa tras 4 sesiones; a ello contribuye la desconfianza del familiar en el protocolo, la baja adherencia al tratamiento, y la demanda de más pruebas complementarias (resonancia magnética) no indicadas en este caso. Debido a la ausencia de mejoría se le cita en consulta de Rehabilitación, para nueva valoración. Se objetiva dolor a la palpación de musculatura paravertebral lumbar, tolerancia de los ejercicios de ACP (autocorrección postural) de raquis, y de la retropulsión activa de hombros; siente alivio con descarga manual lumbar, observándose mejoría de la marcha con andador.

Juicio clínico: Lumbalgia benigna mecánico-postural.

Diagnóstico diferencial: Podemos distinguir entre: lumbalgia inespecífica o idiopática: 80-85%. Sin factores anatómicos y neurofisiológicos identificables. Se le atribuye un factor mecánico- postural que responde a una multiplicidad de alteraciones ortopédicas o neuroortopédicas. Lumbalgia específica: 15-20%: causa conocida (alteración estructural). También se puede clasificar la lumbalgia en: benigna (mecánica postural, o mecánico-artrósica), o maligna (tumoral).

Comentario final: La lumbalgia es una entidad muy prevalente en nuestra sociedad, siendo alrededor del 85% de origen mecánico-postural. Todo desajuste postural, condiciona una alteración de la Biomecánica vertebral y la generación de síntomas álgicos. La enfermedad de Párkinson altera tanto la postura como la dinámica del paciente, siendo un factor de riesgo para la generación de dichos síntomas. El abordaje coordinado ente A.P.

y el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación es un valor añadido en el logro de mejores resultados. En este caso se empleó un andador con ruedas y asiento abatible para aumentar el equilibrio y la seguridad en la marcha; una ortesis lumbar de descarga (faja) a tiempo parcial, aplicación de calor local en ámbito domiciliario, termoterapia profunda lumbar tipo microonda de emisión continua, y enseñanza de técnicas de ACP, intentando no alterar con ello el equilibrio postural propio condicionado por el Párkinson. Revisiones sucesivas valorarán posibles mejoras añadidas en el ámbito de la lumbalgia y en el del equilibrio dinámico condicionado por la rigidez parkinsoniana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gil Chang V, Fundamentos de Medicina de Rehabilitación, Capítulo 4, Editorial UCR, 2007.
2. Krusen FJ, Lehmann JF, Medicina Física y Rehabilitación. Ed. Panamericana. 1993.
3. Teasell RW, White K, Clinical Approaches to low back pain. Canadian Family Physician. 1994;40.
4. Sánchez I, Ferrero A, Aguilar JJ, et al. Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física. Madrid, Ed. Médica Panamericana. 2006.
5. Plaja Masip J, Pérez Sánchez J, et al. Diagnóstico y tratamiento conservador de las lumbalgias. Barcelona, Editorial Kalifarma.1983.
6. Jiménez Cosmes L, et al. Patologías dolorosas crónicas en Medicina Física y Rehabilitación, Capítulo 4, Enfoque Editorial SC- Grünental Pharma. 2014.