



ETIOLOGÍA DE LA HIPERLORDOSIS LUMBAR Y DE LA ACTITUD CIFOESCOLIÓTICA

La hiperlordosis lumbar es consecuencia, con mayor frecuencia, del aumento del ángulo lumbosacro, cuyo valor promedio normal es de 30° - ángulo que se determina entre una línea transversal y otra tangencial a la cara superior de la primera vértebra sacra - y que se conoce bajo la denominación de sacrohorizontal, generalmente de origen: constitucional, como compensación postural de un incremento de la cifosis dorsal y transitoriamente por deslizamiento anterior pélvica como en el embarazo, entre otros.

La consecuencia habitual del aumento del ángulo lumbosacro (hiperlordosis) es el dolor lumbar debido al aumento de la fuerza de deslizamiento (“efecto cortante”) de la quinta vértebra lumbar sobre la primera vértebra sacra. Este efecto cortante con el ángulo lumbosacro en 30 ° representa una fuerza del 50% del peso corporal. Cuando el ángulo lumbosacro aumenta a 40° el peso corporal que recibe es de 65%, y si el ángulo lumbosacro es de 50° el peso corporal que recibe es del 75%. Esto determina que el efecto mecánico recibido por las últimas vértebras lumbares aumenta proporcionalmente en el aumento de ángulo lumbosacro, influyendo a su vez en aumentar proporcionalmente la lordosis. El efecto de la fuerza cortante decrece progresivamente sobre las vértebras lumbares proximales, haciéndose negativo cuando el borde superior de una vértebra lumbar es paralelo a una línea horizontal. Cuanto mayor es la lordosis más alta es la vértebra lumbar cuyo borde superior se horizontaliza. El ligamento longitudinal vertebral anterior ejerce un efecto de control sobre el aumento de la lordosis y restringe la abertura intervertebral anterior.

El aumento de la fuerza de deslizamiento vertebral produce diferentes consecuencias, causas del dolor lumbar: proceso degenerativo discal y posible profusión posterior; sinovitis entre las apófisis articulares vertebrales por mayor coaptación entre ellas, al actuar como soporte frenador; reducción del espacio posterior intervertebral, por deslizamiento de la apófisis articular posterior, con posible reducción del agujero de conjunción y compresión radicular y el clásico síndrome de contacto entre las apófisis espinosas creando una pseudoartrosis (“vertebras que se besan” o síndrome de Baastrub). Con el tiempo la alteración biomecánica descripta lleva a una osteoartrosis progresiva y diferentes grados de lumbalgia o lumbociatalgia.

La acción del efecto cortante incrementa la patología y la sintomatología en casos de espondilolisis, espondilolistesis y artrosis intervertebral, con el consecuente mayor compromiso radicular.

El origen de una deformidad cifoescoliótica - expresado en forma genérica - consiste en el desvío lateral y rotatorio; con aumento del componente cifótico, de la columna vertebral. En



adolescentes la escoliosis es de causa controversial de ahí su denominación como idiopática cuando no tiene origen en afección previa determinada. Su tendencia es hacerse estructural con los años, pudiendo progresar en su incurvación, aunque en la mayoría de los casos no lo hace. El progreso suele ser más frecuente en curvas de mayor valor y en determinadas áreas: curvas torácicas, curva doble y curva toracolumbar. Otras etiologías de las escoliosis son: congénita, enfermedades neuromusculares (atrofia muscular espinal), parálisis cerebral infantil, neurofibromatosis, mielomeningocele y otras parálisis como la poliomielitis.

En adultos la mayoría de las escoliosis o cifoescoliosis comienzan en la infancia o adolescencia, pudiendo progresar en sus curvas o no con la edad. Las que con mayor frecuencia progresan son las curvas torácicas (mayor de 50°), el componente lumbar de una doble curva y las curvas lumbares (mayores de 50°). No existen datos que puedan predecir el potencial progresivo de estas curvas vertebrales.

La escoliosis lumbar en adultos puede originarse en procesos degenerativos discales múltiples y colapso vertebral. La relación entre osteoporosis como causal de escoliosis es controversial. La sintomatología por osteoartrosis secundaria a las curvas vertebrales suele ser progresiva con los años, sobre todo por artrosis intervertebral de las facetas articulares, así como por estenosis raquídea, hernia discal y estenosis de los recesos laterales.

Pregunta: Si dichas patologías pueden derivar directa o indirectamente en hernias discales en la zona lumbar, sacra y cervical.

Respuesta: Tal como se expresa en la respuesta precedente, es posible en las etiologías mencionadas, la posibilidad de procesos degenerativos discales y su protrusión, de acuerdo con el cuadro clínico particular de cada caso, su gravedad, su progresividad y la edad del paciente, entre otros factores.