

A- FISIOPATOLOGÍA:

- HERNIAS DISCALES:

- A nivel lumbar:

Los discos, sufren una deformación momentánea tras una compresión leve; los músculos, en estado de espasmo crónico, realizan un efecto de compresión permanente sobre el disco que le impide rehidratarse; los fragmentos del núcleo tienden a presionar al anillo fibroso.

- Las consecuencias:

- el núcleo pierde su función de amortiguación.
- dolor en posición de pie, sentado y en los movimientos.
- cuerpos vertebrales sobrecargados.
- acercamiento de los arcos posteriores.

* Hernia discal subligamentaria: el núcleo migra por fisuras del anillo haciendo retroceder al LVCP (irritación nerviosa)

*Hernia discal exteriorizada: ruptura del LCVP y la hernia comprime una raíz raquídea (neuralgia ciática); factores:

- mecánico: la protusión.
- inflamatorio: edema y congestión.
- vascular (isquemia): compresión de las arterias que irrigan a las raíces.

Signos raquídeos:

-Desviación antálgica: espasmo de los m. Espinales o de los m. Psoas (dolor en la cara anterior del muslo).

- *Signos a nivel del miembro inferior lesionado.*
 - Signos de Laségue positivo.
 - Abolición de los reflejos osteotendinosos.
 - Trastornos motores y marcada topografía del dolor.

- Tipos de hernias:

a-hernia discal anterior: asintomáticas y diagnóstico casual (lumbalgia).

b-hernia discales centrales: raras (mayor resistencia del LCVP en la línea media). Las manipulaciones no están particularmente indicadas, excepto si asocia una disfunción somática.

c-hernia discal postero lateral o interna: es la más frecuente y comprime la raíz cuando sale del saco dural antes del agujero de conjunción: comprime la parte interna de la raíz nerviosa y es responsable de una radiculalgia unilateral.

Signos clínicos:

- dolor -lumbar.

- en lateroflexión contralateral

- posición antialgica directa

d- hernia discal extra foraminal o externa: Comprime la parte externa de la raíz al salir del agujero de conjunción.

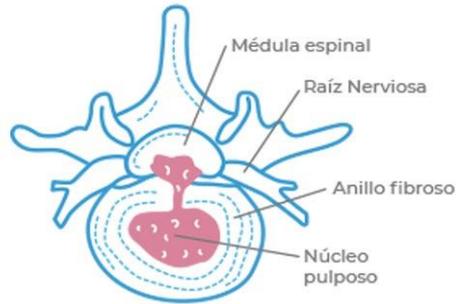
Signos clínicos:

- dolor: -en miembro inferior.

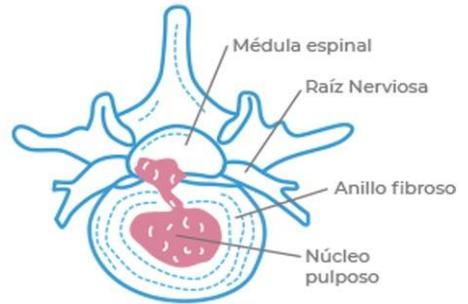
- en lateroflexión homolateral (actitud antálgica cruzada)

- test de Lasegue y Neri positivos.

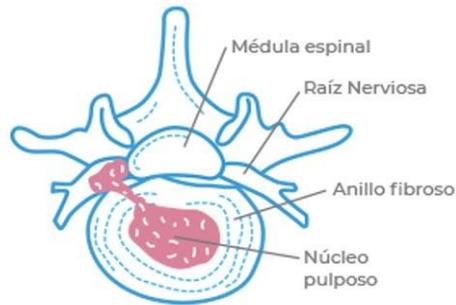
HERNIA MEDIAL



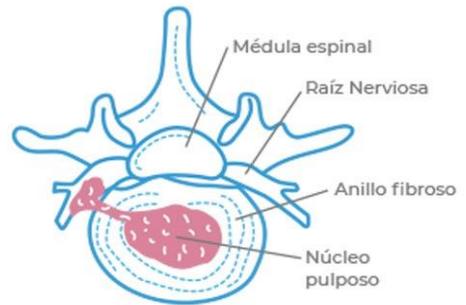
HERNIA POSTEROLATERAL



HERNIA FORAMINAL



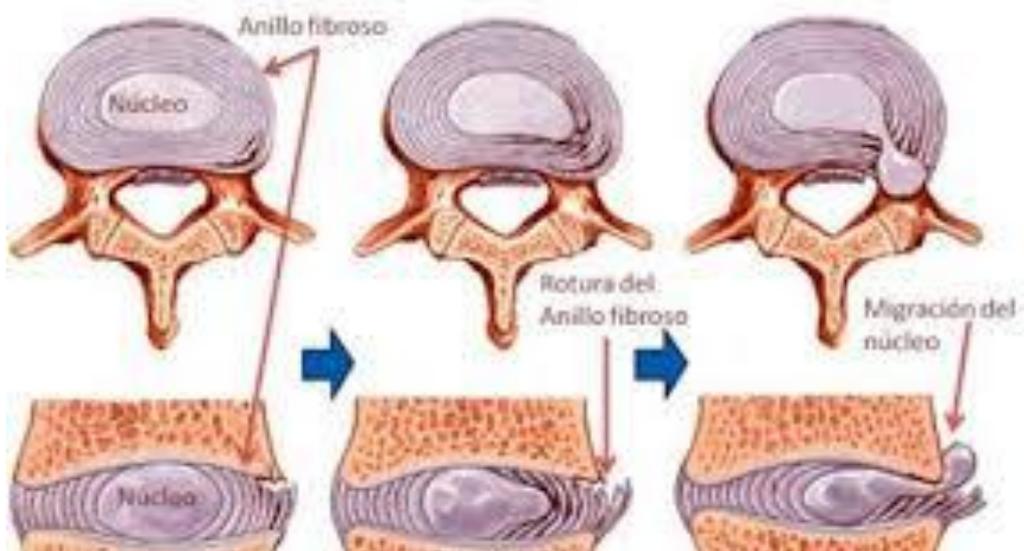
HERNIA EXTRAFORAMINAL



Protusión discal

Prolapso discal

Extrusión discal



B-CIATALGIAS DE ORIGEN OSTEOPATICO:

Las apófisis articulares posteriores pueden originar neuralgias por compresión directa de las raíces o por irritación del nervio raquídeo.

a- **Disfunción en FRS:**

Estiramiento de la raíz nerviosa por la lesión de superioridad del lado de la ciática; y en el lado opuesto la vértebra es postero inferior.

Signos clínicos:

irradiación ciatalgica con actitud antialgica cruzada.

Radiología: deslizamiento lateral del lado de la ciática y la espinosa de la vértebra, desviada del lado de la ciática.

-FRS sin hernia discal:

Paciente en decúbito lateral y el Thrust en lateralidad para cerrar la carilla abierta (desimbricación hacia arriba)

-FRS con hernia discal del lado de la desimbricación: Thrust en lateralidad prohibido (efecto de cortapuros sobre la hernia discal) Ej. Ciática a la derecha.

-FRS izqda con protusión discal a la dcha: Thrust en lateralidad de dcha a izqda.

b- **Disfunción en ERS:**

Compresión de la raíz nerviosa en el agujero de conjunción.

Signos clínicos:

Ciática con ausencia de actitud antialgica.

Radiología:

Ausencia de deslizamiento lateral, “y la espinosa de la vértebra esta desviada del lado de la ciática”.

-ERS sin hernia discal: Lumbar Roll en rotación y carilla imbricada hacia arriba.

-ERS con hernia discal del lado de la imbricación: Thrust en lateralidad y carilla imbricada contra la camilla. Ej. ERSi con HD izqda: Thrust en lateralidad de dcha a izqda.

Osteopatía integrativa-Estructural columna 24/25-Eosi

-ERS con hernia discal del lado contrario a la imbricación: Thrust en rotación y carilla imbricada hacia arriba. (Ej. ERSi con HD dcha: Thrust en rotación dcha).

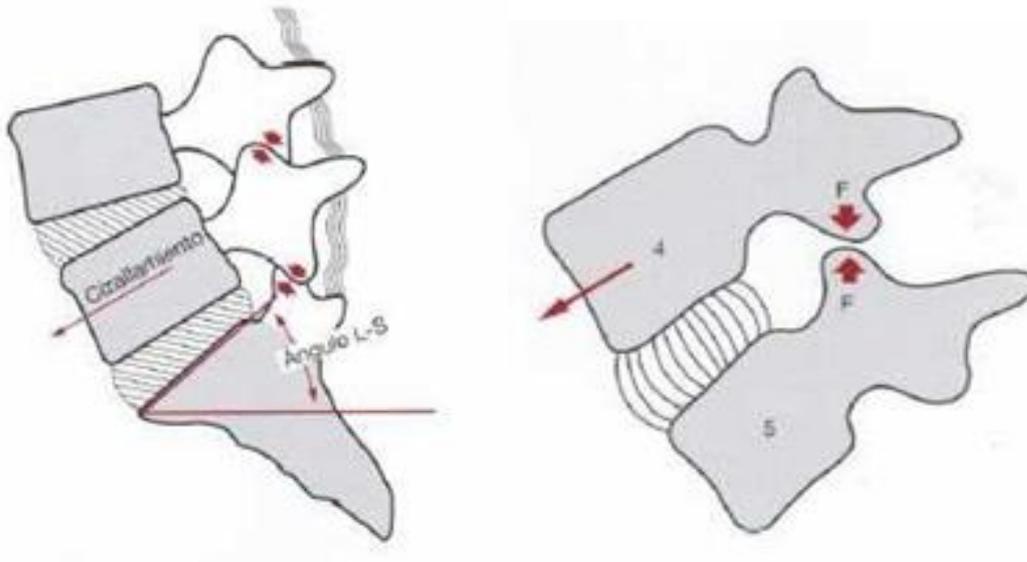
c-Síndromes facetarios: por la degeneración de las articulaciones interapofisarias posteriores.

Signos clínicos:

- Lumbalgia mecánica local.
- El dolor -aumenta en extensión, lateroflexión y rotación homolateral.
- mejora con la deambulación y la movilización.

Objetivos de las técnicas.

Las técnicas de lateralidad en flexión lumbar hacen diverger las carillas y disminuir las presiones (dentro del canal y meníngeas).



C-ESPONDILOLISTESIS:

Osteopatía integrativa-Estructural columna 24/25-Eosi

Se produce por el desplazamiento de la vértebra superior sobre la inferior, generalmente por causa de la lisis del arco posterior y se evalúa en grados, del I al V.

-El dolor es de características mecánicas, con episodios de agudización.

Signos clínicos:

-A nivel de L5-S1 se asocia a lumbalgias, por la alteración en la marcha y espasmos de los isquiotibiales.

-Trastornos radiculares

Objetivos de las técnicas.

-Posteriorizar la base del sacro y liberar las sacroiliacas.

-Técnicas directas.

-Técnicas indirectas de lumbar roll en flexión.

-Stretching de los músculos espinales e isquiotibiales.



Etapas de la espondilolistesis

