

La espondilolisis causa frecuente de lumbalgia en los deportistas

R. BALIUS JULI.

La lumbalgia tiene una notable incidencia entre aquellos deportistas cuya actividad obliga a grandes exigencias a la columna vertebral. Entre los gimnastas más destacados constituye una poco menos que inevitable molestia. En el XIII Congreso Nacional Italiano de Medicina Deportiva, ROSSI y colaboradores presentaron una interesante comunicación sobre el tema, basando su estudio en la observación de alteraciones ístmicas con afectación de pequeñas articulaciones intervertebrales a nivel de las últimas vértebras lumbares.

Nuestras observaciones parecen confirmar lo expuesto por los AA. italianos, en el sentido de que la más frecuente causa de estas lumbalgias, radica en la afectación de las pequeñas articulaciones intervertebrales y de los istmos. Hemos tenido ocasión de estudiar algunos casos de esta índole en gimnastas y saltadores, lo cual unido al ya citado trabajo nos ha inducido a realizar una encuesta radiológica entre gimnastas. En este estudio radiológico, hemos hallado imágenes de alargamiento ístmico, penetración de pequeñas articulaciones y artrosis de las mismas en gimnastas que no aquejaban molestias o que si las sufrían, no eran éstas de intensidad suficiente para obligarles a consultar al médico (fig. 1). Estas imágenes, podrían ser el preludio de la lesión lítica del istmo. Muy demostrativo nos parece el caso de un saltador de pértiga con lumbalgia crónica de intensidad variable, que no le impide realizar brillantes marcas, en cuyos istmos de LV se están formando unas imágenes de espondilolisis evidentes (fig. 2).

Queremos ante todo, destacar el hecho de que la presentación de estas lumbalgias, recae en

deportistas en los cuales los ejercicios de gimnasia ortopédica para estabilización de la columna vertebral se efectúan a la perfección y en su máxima potencia. Esta buena estabilización vertebral explica sin duda la rareza de la afectación discal y la poca frecuencia de la espondilolistesis entre las espondilolisis. Para que se produzca la listesis es necesario que cedan los discos y los ligamentos durante la infancia o la adolescencia (TAILLARD).

La aparición de estas espondilolisis o de alteraciones ístmicas previas, creemos tiene un interés que rebasa los límites de la Medicina Deportiva, pues permite teorizar en el terreno etiológico. Hoy día las ideas etiológicas se dirigen en el sentido de la existencia de un terreno genético favorable [Teoría displásica de NEUGEBAUER (1881), BRAILSFORD (1948) y BROCHER (1951)] al que se sobreañade un factor de sobrecarga [Teoría de MEYER-BURGDORFF (1931)], sin poder negar la posible, aunque rara presentación de espondilolisis a consecuencia de un traumatismo importante [Casos de SERRE (1956) y SICARD (1960)]. La frecuente aparición de imágenes de espondilolisis en deportistas, parece inclinar la balanza etiológica en el sentido de dar mayor validez a las ideas de MEYER-BURGDORFF ya que como apuntan ROSSI y cols. es «imposible que todas sus observaciones, realizadas en gimnastas, sean portadores de una displasia ósea localizada en los istmos».

Según la teoría de MEYER-BURGDORFF, la lisis es una fractura lenta localizada a nivel del istmo, análoga a las lesiones de sobrecarga. Esta fractura estaría favorecida por tres factores principales:

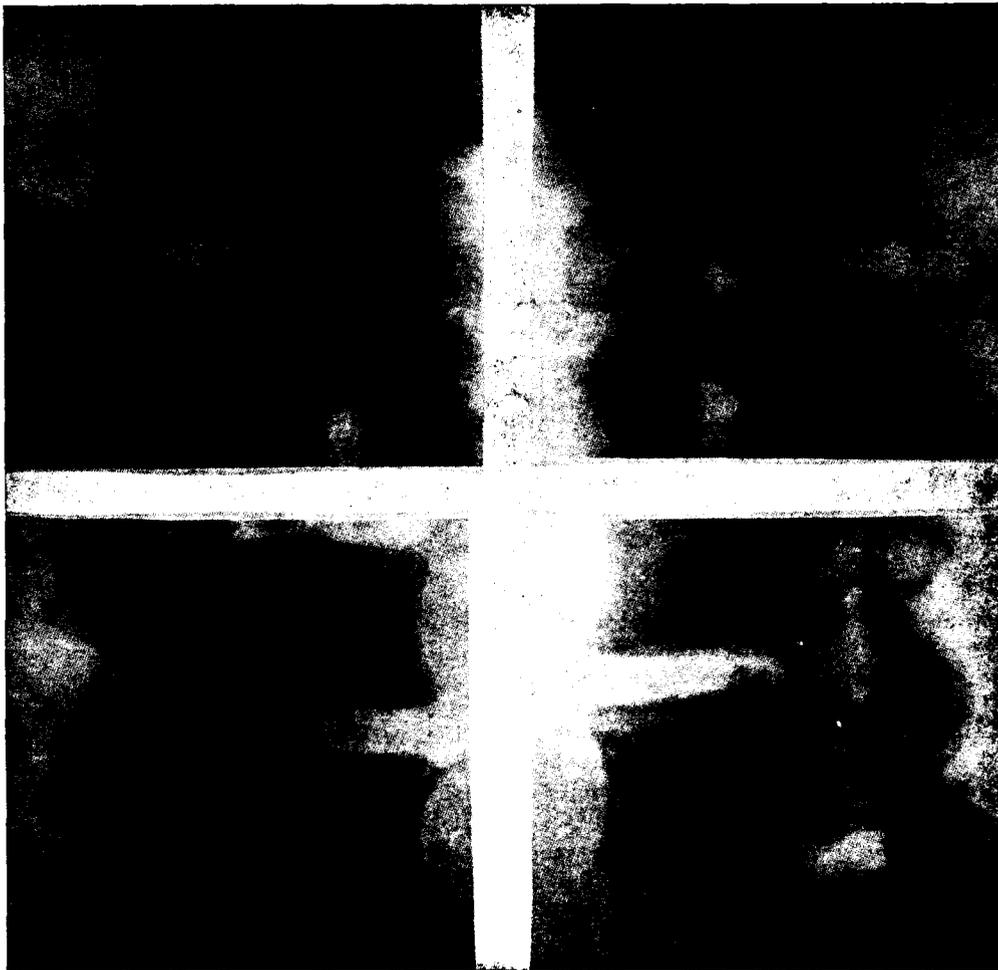


Fig. 1.— Alteraciones a nivel de L5 observadas en gimnastas sin molestias dolorosas o con escasa sintomatología.

1.º Una sobrecarga mecánica del istmo y apófisis articulares de la columna lumbar, principalmente patente en las fuertes lordosis.

2.º La disposición anatómica de las apófisis articulares, cuyos extremos cogen el istmo como los dientes de una pinza, de forma que en la lordosis acentuada, se cerrarían comprimiéndolo.

3.º Una movilidad exagerada de la columna vertebral cuyas pequeñas articulaciones ejercerían a cada movimiento una acción de cizallamiento sobre el istmo.

Parece lógico pues que las espondilolisis aumenten en aquellos sujetos que someten su columna lumbar a sobrecargas mecánicas duraderas.

¿Cuál es la causa de la lumbalgia?

Se ha demostrado que los dolores en los en-

fermos con espondilolisis y espondilolistesis no están en relación con la importancia de éstas ni con la afectación discal, pues son anteriores a la osteocondrosis, en los raros casos en que existe. El punto de partida de las algias hay que buscarlo en las pequeñas articulaciones vertebrales, que son los órganos más ricamente inervados de la columna vertebral. Esto explicaría la poco específica sintomatología clínica de estas lumbalgias, con fases de remisión y exacerbación, y generalmente sin irradiaciones. Asimismo se comprendería el fracaso del tratamiento conservador e incluso del quirúrgico en aquellas técnicas que no actúan sobre estas articulaciones.

Ante una espondilolisis con o sin espondilolistesis en un deportista, se plantean varios problemas al Médico Deportivo. En primer lugar:

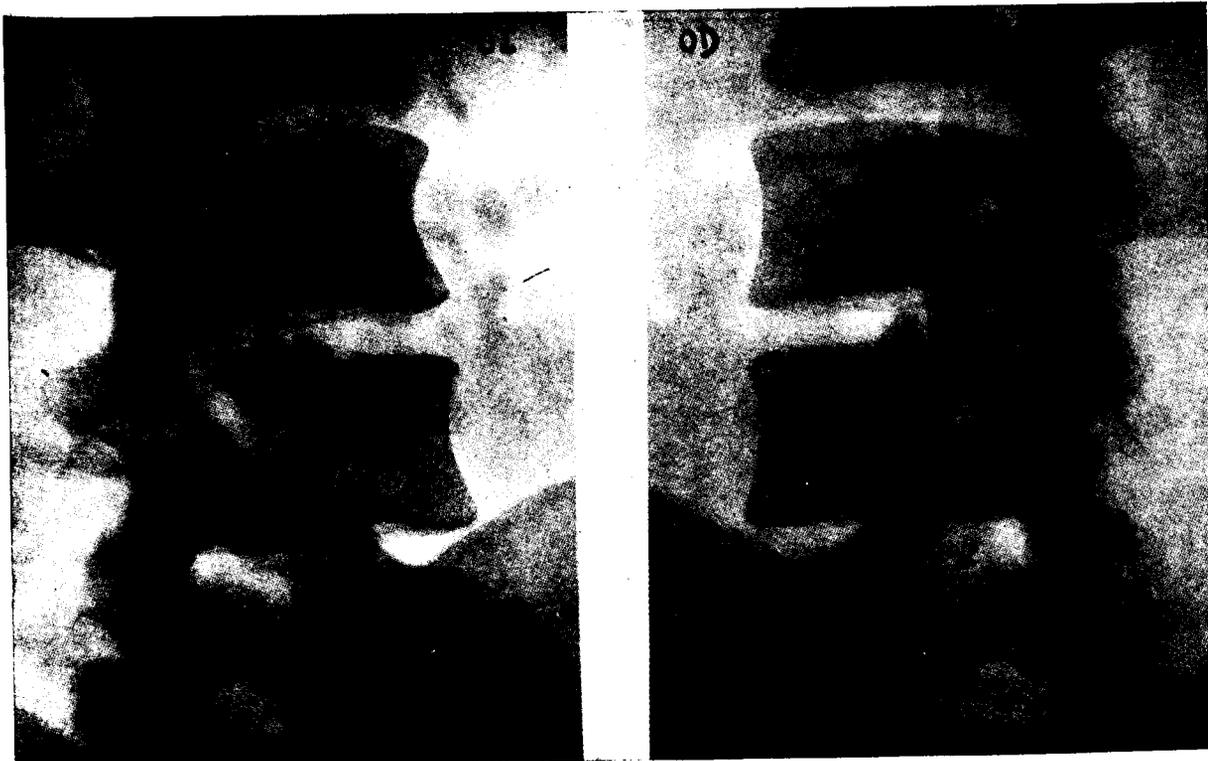


Fig. 2.— Espondilolisis a nivel de L5 en un saltador de pértiga.

¿Es lícito permitir se continúe la actividad deportiva?

Es difícil decidirse en este aspecto trascendental, pero creemos tiene valor el estudio que hemos podido efectuar en el caso de una gimnasta con claras espondilolisis bilaterales a nivel de LIII y LIV, mediante radiografías tomadas con casi tres años de intervalo, durante los cuales a pesar de la lumbalgia no abandonó la práctica deportiva con magnífico rendimiento. En ambas series radiográficas no existe el más ligero grado de deslizamiento y únicamente las imágenes de espondilolisis han aumentado ligeramente de tamaño en alguna localización. Clínicamente la progresión sintomatológica ha sido mínima (figs. 3 y 4).

Está demostrado que el deslizamiento únicamente se produce en niños y adolescentes, estabilizándose totalmente en la edad adulta. Por otra parte, la ya comentada estabilidad de la columna vertebral en estos deportistas, por la cincha muscular, coadyuva eficazmente a esta estabilización.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, creemos es correcto en los deportistas *adultos* afectados de espondilolisis con ligera espondilolistesis o sin ella, *permitir* la actividad depor-

tiva, siempre y cuando las molestias sean tolerables, bajo un control radiológico periódico y seriado. En estos controles deberá investigarse preferentemente el estado de los discos intervertebrales y ante el menor signo de degeneración desaconsejar la práctica deportiva intensa. En deportistas *adolescentes* ante una imagen de espondilolisis es mejor *prohibir* continúe la actividad deportiva para evitar la aparición de espondilolistesis o la agravación de la existente.

Queda sin embargo un interrogante y es la situación que pueda presentarse al abandonar la práctica deportiva y disminuir por tanto el tono muscular. El deportista afecto de estas lesiones se verá siempre subordinado a una gimnasia de estabilización vertebral que evite en la posible la acentuación de las lesiones artrósicas y la aparición o acentuación de la degeneración discal. Por este motivo anteriormente apuntado, es preferible advertir al afecto de una lesión de esta índole, del riesgo que corre con vistas al día en que abandone el deporte activo.

Como profilaxis de estas lesiones crónicas, creemos muy importante, que aquellos deportistas cuyo deporte obligue a una hipermotilidad de la columna vertebral, tales como gim-



Fig. 3.—Radiografías en O.D. y O.I. correspondientes a un gimnasta con espondilolisis en L3 y L4, tomadas en tres años de intervalo.



Fig. 4. — Radiografías funcionales de perfil correspondientes al mismo caso de la figura anterior tomadas asimismo con tres años de intervalo.

nastas, remeros, saltadores, judokas, luchadores de greco-romana, levantadores de pesos, etc., efectúen como entrenamiento básico, principalmente en los inicios de la práctica deportiva ejercicios encaminados a reforzar la acción de los músculos paravertebrales, abdominales, glúteos y de otros grupos musculares que tengan acción directa o indirecta sobre la charnela lumbo-sacra. Es muy frecuente que en pro de una elasticidad vertebral, se olvide este fundamental soporte, que lejos de dificultarla, servirá para que los movimientos a nivel de estas

últimas vértebras lumbares se efectúen de manera más suave y armónica.

El tratamiento en las fases de lumbalgia, logra difícilmente la remisión absoluta de los síntomas. Los relajantes y antiálgicos, simultáneamente con el reposo deportivo son los medios terapéuticos a utilizar. La radioterapia antiinflamatoria puede proporcionar espectaculares remisiones, pero dado el carácter recidivante de las molestias, si el paciente continúa actuando, es mejor no aconsejarla.

RESUMEN

Se considera frecuente la incidencia de espondilolisis entre deportistas afectados de lumbalgia. Se atribuyen estas espondilolisis a un mecanismo de sobrecarga a nivel de las vértebras lumbares y se hace a estas lesiones responsable de la lumbalgia. El autor cree que estas alteraciones no contraindican la práctica

deportiva en deportistas adultos, siendo sin embargo necesario un control radiológico para descubrir posibles degeneraciones discales. Profilácticamente se insiste en la importancia de los ejercicios encaminados al desarrollo armónico de los grupos musculares responsables de la estabilización vertebral.

BIBLIOGRAFÍA

1. ADKINS, E. W. O. — «Spondylolisthesis». — *Jour. of Bone Joint Surg.* — 37, 48; 1955.
2. BARIGAZZI, P. D. — «Spondilolisi e spondilolistesi». — *Arch. di Chir. Ortop. e Med.* — 20, 384; 1954.
3. BROCHER, J. E. W. — «L'etiologie du spondylolisthesis». — *Schwz. Med. Woch.* — 83, 788; 1953.
4. LANGE, M. — «Espondilolistesis». — *Rev. de Ortop. y Traum.* — 2, 1; 1957.
5. LICHTOR, A. y LICHTOR, J. — «Spondylolysis and trauma». — *Am. Jour. of Surg.* — 95, 466; 1958.
6. NEWMAN, P. H. — «Spondylolisthesis its cause and effect». — *Ann. of the Royal College Surg.* — 16, 305; 1958.
7. PESSEREAU, G., VITTORI, J. y FRANCOIS, R. — «Analyse du traitement du spondylolisthesis (à propos de 52 observations)». — *Lyon Chir.* — 57, 444; 1961.
8. PICAULT, Ch. — «A propos d'une statistique

- de 89 spondylolisthesis on spondylolyses». — *Lyon Chir.* — 57, 212; 1961.
9. ROSSI, F., SILVI, S. y LUCARELLI, V. — «La lumbalgia dei gimnasti». — *Medicina Sportiva*. — 2, 860; 1963.
10. SICARD, A. y LECA, A. — «Nouveaux documents en faveur de l'origine traumatique de certains spondylolyse». — *La Presse Med.* — 68, 1.207; 1960.
11. STONE, K. H. — «The etiology spondylolisthesis». — *Jour. of Bone Joint Surg.* — 45 B, 39; 1963.
12. SULLIVAN, C. R. y BICKELL, W. H. — «The problem of traumatic spondylolysis». — *Am. Jour of Surg.* — 100, 698; 1960.
13. TAILLARD, W. — «Les spondylolisthesis». — *Masson et Cie.* — Paris, 1957.
14. TAILLARD, W. — «L'etiologie de la spondylolyse». — *Schwz. Med. Woch.* — 93, 301; 1963.
15. WILTSE, L. L. — «The etiology of spondylolisthesis». — *Jour of Bone Joint Surg.* — 44 A, 539; 1962.