

---

*Rev. Esp. de Cir. Ost.*, 12, 73-86 (1977)

## El cirujano ortopédico ante las lumbalgias «sin hallazgos»

F. G O M A R

### RESUMEN

La lumbalgia sin hallazgos es aquel cuadro clínico en el que el único síntoma es el dolor lumbar que aqueja al paciente; estos pacientes constituyen una mayor proporción en las actuales consultas de los ortopedas y no tanto como podría esperarse en las de los psiquiatras. Se considera lo que la espalda representa en la interpretación psicológica del esquema corporal. Las vías para la transmisión del dolor, en especial del «gate control» de Melzack y Wall, desde los receptores hasta la corteza cerebral. Se distingue el dolor «sensación» del «dolor sufrimiento». Se estudia la significación biológica del dolor y su psicodinámica. Bajo el punto de vista cibernético, el dolor más que una señal, es un «ruido» en el circuito cibernético. Bioquímicamente, la serotonina no es sólo el «neurotransmisor» en el «gate control», también un bajo nivel de la misma es propio de los estados de depresión.

La exploración de estos enfermos con los tests psicológicos demuestra en todos los pacientes un estado de ansiedad y angustia, sin embargo, el paciente niega la existencia de cualquier conflicto psicológico y se explica porqué al somatizar su conflicto con el dolor lumbar, ha resuelto su problema. El perfil psicológico de estos pacientes se caracteriza por la dificultad que tienen para establecer relaciones interpersonales, junto a sentimiento de culpa y a una valoración del dolor como medio para purgarla.

El número de estos pacientes «algófilos» ha aumentado por los factores sociológicos que la civilización técnica actual ha llevado consigo. El dolor es la respuesta de conducta ante estos conflictos expresado por un modelo de aprendizaje de su medio familiar o laboral. En las clínicas nos encontramos individuos «algófilos» con cuadros crónicos o de aparición intermitente.

Los ortopedas debemos estar preparados para atender a estos pacientes que buscan en nosotros la cirugía como «punción», y en lo que hemos de ser muy cautos. Siempre fracasa la psicoterapia hecha por psiquiatras, igualmente el tratamiento en las modernas Unidades del Dolor o con la hipnosis. Nuestras posibilidades son, primero dedicarles una larga anamnesis, asegurarnos de que no hay lesión somática y recurrir a los psicofármacos, particularmente los cloradiacepóxidos y la aminotriptilina, y estar dispuestos a verlos muchas veces porque necesitan el «dolor» y a nosotros para reajustar su vida.

## SUMMARY

The «low-back pain» without clinical findings is used for those patients whose only complaint is pain on the back without any further clinical evidence; every day, a greater proportion of these patients is seen in the Orthopaedic Out-Patient Department, and paradoxically, not in psychiatric consultations. The psychological meaning of the back in the interpretation within the «bod scheme» is considered. The pain ways from the peripheral receptors to the brain and the role of «gate control» (Melzack and Wall) allows the pain as sensation and the pain as suffering to be distinguished. The biological significance of the pain and its psychological development are being studied. From the cybernetic point of view, the pain could be considered as a «noise» in the cybernetic circuit. Serotonine is the neurotransmitter on the «gate control» and also its low level in blood is found in all states of depression.

Examination by psychological tests show an state of anxiety and anguish in these patients.

The patients deny any psychological problem, because the «complaint» has resolved the conflict. The psychological profile of these patients is characterized by a difficulty to personal relationship and communication, a guilt complex and the consideration that the pain is the way to achieve expiation.

The sociological factors of modern life have increased the amount of these «pain-prone» patients. The pain is «behaviour response» using a «learning model» taken out of work and family atmosphere. There are chronic «pain-prone» patients and occasional ones.

The orthopaedic consultants should be prepared to pay attention to these patients who are asking for surgical treatment, to which they look forward as a punishment.

The psychotherapy carried out by the psychiatrists usually fails in these patients, and also the treatment in the «Pain Unit» as well as the hypnosis.

Our aim to be valuable should be a patient anamnesis, a careful spine exploration to exclude any organic damage, the use of medication with chlor-diazepoxides and amitriptyline, and to be prepared to attend them during many visits, because they need the «pain» and us to arrange their lives.

Para los aristotélicos como para los epicúreos, el dolor era todo *«sentimiento opuesto al placer»*, el sentimiento más opuesto; en el siglo XIX los fisiólogos intentaron simplificarlo concibiendo el dolor como una *«sensación»* con órganos propios receptores y unas vías de transmisión propias, y ya a finales de siglo comenzó a entenderse el dolor como algo compuesto por «una sensación original» y por una «reacción a la sensación». Indudablemente, el dolor puede ser medido hasta en el laboratorio y constituye ante todo un síntoma clínico subjetivo de valor capital, pero no podemos entender su génesis hasta que se recogen y valoran variaciones y situaciones que muchas veces van a escapar a nuestro conocimiento (BEECHER, 1965).

Es en la experiencia clínica actual de los ortopedas, reumatólogos, rehabilitadores y no tanto de psiquiatras, la incidencia cada vez mayor del llamado «dolor lumbar» al que en un intento de buscarle una organicidad se englobó como síndrome clínico en el que se busca afanosamente y hasta desorientarnos cuál es la estructura del raquis que en cada caso sea la causante de este o aquel dolor lumbar, y también es experiencia de todos nuestro fracaso en un considerable porcentaje de estos enfermos que nos vienen aquejando de dolor lumbar; ante este hecho, cada vez más una realidad angustiada, estamos obligados a replantearnos el problema pero en su aspecto pluridimensional, que entiende el dolor lumbar como afectando al hombre

que lo aqueja en su totalidad y analizar todos sus aspectos a la luz de nuestros conocimientos tanto fisiológicos, psicológicos como sociológicos y esto es de sumo interés pues los pacientes con este dolor lumbar que desafía toda terapéutica nos vienen a nosotros los ortopedas y no a los psiquiatras; les atraen a estos pacientes los cirujanos por su fama en tratar los dolores lumbares somáticos porque ellos han comenzado a somatizar su conflicto psicogénico; dicen: «No tengo ningún problema si no fuera por el dolor». Es esta la trampa clínica en que caemos, pues nos lo creemos y no nos responsabilizamos en buscar una respuesta a este planteamiento psicogénico que ha hecho el paciente.

Desde luego que al tratar este problema hay que dejar a un lado el dolor, bien irradiado o referido, pero que tiene una precisión clínica evidente, que corresponde al cuadro de las lumbociáticas con su síndrome neurológico bien recortado que nunca confunde, sino que quiero referirme a aquel dolor lumbar *profundo*, impreciso en la referencia del enfermo tanto en su anamnesis como en la falta de concreción en su localización a la exploración clínica o a las maniobras exploratorias.

Pero antes de entrar en su consideración neurofisiológica, psicológica y sociológica, recordemos la significación psicológica de la espalda en la vivencia del esquema corporal del hombre:

— La espalda, por su función, es utilizada para soportar el cuerpo y también para llevar las cargas para su transporte. El hombre, animal erecto, dice bien cuando dice «echarse sobre sus espaldas o sobre sus lomos la carga de tal o cual problema», frase con una significación psicológica de carga a soportar en el vivir.

— La espalda es también la única parte del cuerpo que no nos podemos ver, no podemos observar lo que en ella pueda ocurrir

de forma directa sin recurrir a algún artificio como es un espejo, o a que nos rasquen o nos palpen y exploren y nos digan si en ella encuentran algo; no se puede tener vivencia directa de lo que en ella ocurre.

— La espalda constituye por su extensión un amplio objetivo para sufrir ataques o daños y ausente de vigilancia por su situación, hace comprensible el temor de «ser atacado por la espalda sin poder defenderse». Lo que pase o refiera a la espalda nos deja por inermes, preocupados.

En su *aspecto neurofisiológico*, el dolor no es tan sólo una sensación sino la consecuencia de una transmisión a través de un *substrato* anatómico en su recepción, transmisión y percepción, con un mecanismo cibernético de facilitación e inhibición en su producción y mantenimiento y todo ello bajo un control bioquímico que en estos últimos años parece esclarecerse.

A) Sabemos que el *substrato morfológico o anatómico* está formado por:

a) *Receptores*: Constituidos por terminaciones nerviosas libres amielínicas que, al ser estimuladas por agentes alógenos, se producen modificaciones en macromoléculas estructurales situadas preferentemente en la superficie o membrana del receptor.

b) *Conducción periférica del estímulo*, el cual se hace bien por fibras C, amielínicas, de conducción de *baja velocidad* o por fibras A, mielínicas, de conducción *más rápida*. Ambas fibras tienen su neurona en el ganglio raquídeo posterior desde el cual su prolongación proximal penetra en la medula. A partir de su penetración en la medula hay que considerar la existencia de:

— Un sistema de conducción rápida.

— Un sistema de conducción lenta.

— Un sistema de filtro de entrada o «control gate» situada en el asta posterior de la medula.

*El sistema de conducción rápida* es el que «vehicula» lo que llamamos el «dolor primero», es decir, el que nace como percepción del dolor, lo que lleva consigo una información de localización, intensidad en el tiempo y en el espacio, es el dolor como una sensación especial pero tan sólo en esencia un dolor, lo que llamamos el «algos». Este sistema está formado por neuronas del asta posterior de la medula cuyos cilindros ejes forman el haz neoespino-talámico de Cooper y llegan en conexión monosináptica al núcleo central posterolateral del tálamo y de aquí continúa el estímulo hasta alcanzar la circunvolución postcentral cortical. Su llegada no sólo supone la percepción del dolor como sensación sino también algo muy importante como es la puesta en marcha de un mecanismo central para la regulación de la percepción dolorosa enviando un «mensaje» al filtro de entrada o portal de entrada, al «gate-control» en la concepción de MEEZACK y WALL (1967), regulando con ello el paso o cierre del mismo para los estímulos dolorosos que le llegan por el otro sistema; hay pues un sistema modulador del «in put» sensorial.

El otro *sistema es el de conducción lenta* que, a diferencia del anterior, es multisináptico y por él se «transmite» el llamado *dolor segundo* o tardío, el que más repercusión tiene sobre la persona, el que condiciona su resonancia íntima ante la percepción, el que le da su «cualidad dolorosa», de «sufrimiento», es decir, la parte afectiva de la sensación del «algos», lo que podemos distinguir como «pathos».

Este sistema de conducción lenta desde el control de entrada en el asta posterior llega al tálamo, a sus núcleos intra y paralaminares, pero a través de muchas esta-

ciones sinápticas constituyendo vías directas como la vía *paleoespino-talámica* o con estación o «relais» en la formación reticular bulboprotuberancial, o las *fibras espino-mesencefálicas* con «relais» en la sustancia gris central peduncular y en el tubérculo cuadrigémino.

*El filtro o control de entrada* («gate control» de MEEZACK y WALL, 1968), propiamente dicho está constituido por las neuronas de la sustancia gelatinosa de Rolando que actúan como inhibidoras de las células de transmisión, neuronas T, origen del sistema de conducción lenta.

Sobre estas neuronas de la sustancia gelatinosa actúan a su vez, por una parte, las fibras aferentes A mielínicas que la estimulan positivamente, es decir, incrementan su acción frenadora y, por otra parte, actúan las fibras aferentes C amielínicas con sentido negativo, es decir, disminuyendo su actividad frenadora. Pero, además, y sobre todo este mecanismo de filtro como dijimos hay un *control* central de origen cortical, desde su percepción como dolor sensación, si predomina la acción sobre el filtro de la fibra A el filtro se cerrará, si predomina la fibra C el filtro se abrirá ante la llegada de los estímulos algógenos de la periferia.

c) Desde el tálamo a la corteza hay dos sistemas de transmisión:

1.º *Proyección talamocortical organizada* que desde el núcleo central posterolateral a donde llegó el dolor sensación termina en la corteza postrolándica, es decir, en el área donde el estímulo enviado desde la periferia se transforma en la percepción dolor-sensación.

2.º *Proyección tálamo cortical difusa*, que procede de los núcleos intralaminares donde llegó el dolor sufrimiento, se dispersa ampliamente por la corteza cerebral y particularmente por la estructura tèm-poro-límbica.

Desde el tálamo en su proyección a la

corteza hay pues que distinguir, en lo que al dolor se refiere: la *proyección frontal* y la *proyección límbica*.

Cuando se introdujo la leucotomía que actuaba sobre la proyección frontal ya se vio que no suprimía el dolor propiamente dicho sino tan sólo eliminaba su resonancia íntima sobre la persona.

Más importante en estos últimos tiempos para interpretar el dolor es la proyección límbica decisiva en el terreno de la afectividad pues en el sistema límbico puede decirse que se encuentra lo que pudiéramos llamar la unión psíquica.

No sólo son estas estructuras corticales como tales las que ejercen el control sobre el dolor, sino que como «funciones corticales» más integradas como son: la memoria, emoción, atención, etc., ejercen también una acción de filtro sobre las aferencias dolorosas actuando sobre este sistema de control de entrada del asta posterior a través de distintas vías como son: el haz piramidal, el haz de SCHULZ, que es la vía eferente del sistema límbico, el sistema reticular descendente, etc. Así se explica cómo se tolera el dolor producido en un accidente, bajo la excitación de la práctica del deporte o en la lucha o en la guerra, y también cómo actúan la sugestión y los placebos influyendo en la percepción del dolor.

El umbral para el dolor, así como su tolerancia, es bien conocido que está afectado por una serie de factores psicológicos. Algunos culturales ¿son más indiferentes al dolor los japoneses? ¿Cómo consideran el dolor como liberación los pueblos mediterráneos! Hay factores ancestrales, es sabido como en la compañía de deudos y amigos el dolor se hace más tolerable que en la soledad. Nuestra fe en nuestro dentista nos hace sentir menos luego el dolor; según quien le da a uno un pisotón le duele más o menos. La esperanza o el temor ¿qué bien tolera el dolor el soldado

herido al que se le saca del campo de batalla! Cuanta importancia se le da a cualquier dolor retroesternal, es que se sabe que puede ser un signo de «angor pectoris», etc., entre muchos ejemplos.

### Significación biológica del dolor

Es una idea tradicional de gran significación clínica admitir que el dolor es un signo de alarma para advertir al organismo de una agresión y que éste ponga en marcha sus mecanismos de defensa. Parece válida y correcta la definición del dolor de MEREKEY: «Una desagradable experiencia la cual se asocia de forma primaria con la de lesión». Pero, ¿qué significación tiene el dolor en la neuralgia del trigémino? ¿Cuál es el origen del dolor con el que se presentan algunos ataques epilépticos? ¿Y el dolor del miembro fantasma? ¿Y el dolor por la sección medular? ¿Porqué una enfermedad mortal como la leucemia no da dolor? No podemos hoy pensar biológicamente que el dolor tenga una significación teleológica. LABORIT lo ha esquematizado fisiológicamente tan sólo como la expresión de una despolarización de la membrana neuronal estable debido a un estímulo supramaximal que obliga a una actividad exagerada y continua de ciertos elementos nerviosos. ¿Pero nada más? ¿Cuándo el dolor es tan sólo físico o somático en su origen y cuándo es psicogénico únicamente?

### Psicodinamia del dolor

Desde los primeros días de la vida y a lo largo de todo el período de educación del niño, el dolor adquiere pronto una significación «muy precisa».

Ya en los primeros días de la infancia la percepción del dolor se relaciona como una señal o presencia de peligro, se fija en la «memoria» como prueba de las limi-

taciones inherentes al propio cuerpo humano. Al dolor se responde con el llanto y éste es una «llamada» por la cual se obtiene por parte de otra persona atención, alivio y afecto que proporcionan hasta placer. En el curso de la disciplinación que supone toda educación, el niño relaciona el dolor con la culpa y el castigo que produce dolor como medio de expiar la culpa y conseguir el perdón.

Finalmente, el niño aprende también a relacionar el dolor con la agresividad y el poder, se adquiere poder produciendo dolor a otro y, por otra parte, merced al dolor pueden controlarse sus propios impulsos agresivos, produciéndose dolor. Es así como pronto en la psicodinamia del individuo entra el dolor como un mecanismo psíquico propio. Por lo tanto el dolor no es algo puramente somático, hay algo de «pathos» en todo «algos». Pero en su desencadenamiento puede darse que un dolor somatogénico puro se «colorea» dramáticamente por un «stress emocional» o se amortigua por simple psicoterapia o administración de un placebo. Por el contrario, un dolor «psicogénico» puede no ser más que la vivencia actualizada de un antiguo dolor somático y ceder con la misma terapéutica quirúrgica o médica que se utilizó en la curación de aquel dolor somático.

#### El aspecto cibernético del dolor

Las vías y centros descritos pueden transcribirse como un *circuito cibernético* y como tal compuesto:

a) De un *traductor*: Sería el receptor el cual recibe, filtra, codifica de acuerdo con el número de impulsos y su dispersión y lo transmite como una señal.

b) Un *mecanismo de regulación*: El filtro o control de entrada.

c) Unas *vías* que son las que a través de la medula y del tronco «camina» la

señal hasta la corteza, pero antes de alcanzarla hay dos «relais»: el *sistema reticular activador ascendente* que actúa como modulador por lo que se refiere al *tono muscular* y la activación de la corteza; y el *tálamo* que hace un nuevo filtraje de la señal, realiza una distribución espacial y una traducción en intensidad-espacio de la misma.

d) Un *analizador-integrador* que es la corteza donde se realiza el descifrado y a continuación la integración para que la señal se transforme en una percepción dolorosa, es decir, en un mensaje.

e) Unos «*moduladores*» de esa percepción de índole psíquica: actitud del hombre ante el dolor, atención, memoria, etc., que son los que le dan resonancia íntima.

Hoy admitimos que bajo el punto de vista cibernético, el estímulo doloroso más que una *señal* es un *ruido*, es decir, un parásito del circuito cibernético que ya a nivel del traductor produce una desorganización o disarmonía en el cifrado del estímulo, que luego desborda el filtro o control de entrada y que finalmente, cuando llega al analizador-integrador (corteza), provoca un fuerte desequilibrio de su homeostasis impidiendo el que funcione como «unidad integradora». La consecuencia es que el individuo ya no puede pensar ni actuar por la intensidad perturbadora del parásito doloroso.

*Bases bioquímicas*: Todas estas vías y este fisiologismo cibernético tienen una base o un lenguaje funcional bioquímico.

A la *serotonina* se la considera precisamente como el *mediador* o neurotransmisor del filtro o control de entrada, de forma que una disminución en su nivel hace que tal control no funcione debidamente y pasen más estímulos dolorosos.

La serotonina también juega un papel en la transmisión a nivel de estructuras superiores, hoy se habla de que hay una «depleción de serotonina» (SICUTERI) en

el mecanismo de la transmisión del dolor y son múltiples los trabajos recientes a este respecto.

Hemos de ver luego cuando consideremos el perfil psicológico dominante de estos enfermos que llegan a nuestra clínica aquejando dolor lumbar, que el denominador común es la *angustia* y el *estado depresivo*, o ambos.

En cuanto a la *angustia* sabemos hoy que hay una relación directa y proporcional entre el grado de tensión emocional y excreción urinaria de los catabolitos de las catecolaminas (FUNKESTEIN y FRAUKENHAUSER) con una diferenciación cualitativa, el incremento de adrenalina va ligado a la *angustia* y el de noradrenalina a las tensiones heteroagresivas.

Pero en cuanto al estado de *ánimo deprimido* hay una relación conocida desde hace muchos años entre depresión y baja de la serotonina cerebral, y por otra parte ya hemos dicho la relación entre el dolor y baja de la serotonina.

La ansiedad, la depresión y el dolor con componente psicosomático cual es el dolor lumbar, encuentra especialmente en la serotonina un substrato bioquímico.

En resumen: nos encontramos en la clínica ortopédica con que el dolor lumbar es con gran frecuencia, un *dolor profundo* de difícil cualificación y localización precisa, que se transmite fundamentalmente por el sistema de «conducción lenta» como dolor *diferido o segundo* y con resonancia íntima en la persona, es decir, con un aspecto «pathico» importante.

Que cibernéticamente, actuando el dolor como un «ruido» altera la homeostasis del canalizador-integrador o sea la corteza cerebral, el individuo no puede concentrarse en su trabajo, ideación, inclusive en el trabajo laboral, etc.

Y que todo ello tiene un substrato bioquímico señalado por los niveles de adrenalina, noradrenalina y especialmente

la *serotonina*, los cuales no sólo regulan la neurotransmisión del dolor como vivencia somática sino también en su aspecto emocional resonando íntimamente en la persona, uniendo a la percepción del dolor un estado de ansiedad, de depresión y hasta de agresividad al medio social en que se desenvuelve.

Estamos ante un dolor psicogénico evidente, con estas características que MERKEY y SPEAR describían como típicas del dolor psicogénico. Duele todo el día, sin embargo, no impide dormir, el paciente no tiene insomnio, lo cual es frecuente en los depresivos, pero el paciente no sabe si no duerme porque le duele o le duele porque no duerme. Su localización es variable, tiende a irradiarse proximalmente a lo largo del raquis, suele asociarse con cefaleas, particularmente con occipitalgia.

#### Aspecto psicológico del dolor lumbar

BARCIA SALORIO y cols. realizaron un estudio desde el punto de vista psicológico con una numerosa serie de enfermos de nuestra clínica ortopédica y otra del Servicio de Neurología y Neurocirugía del profesor Barcia Goyanes, del Hospital Provincial, para estudiar no los enfermos que aquejan el dolor lumbar como un síntoma más de un cuadro psiquiátrico, sino de aquéllos en los que el dolor lumbar es prácticamente toda la enfermedad, que son los que se mezclan cada vez en mayor proporción en nuestras consultas, en contraste con una menor proporción de los afectos de un cuadro de lumbago agudo o de ciática discal bien evidente.

BARCIA y cols. los exploraron con el test de ROSCHACH para conocer los gestos permanentes de su personalidad y al mismo tiempo valiéndose del cuestionario de BECK-PICHOT y la escala de ansiedad de HAMILTON para valorar el estado de sus molestias, por una parte, y por otra, los condicio-

namientos que pudieran actuar como desencadenantes del pasado y que en la actualidad contribuyesen a mantener el cuadro clínico.

El test de RORSCHACH mostró en todos una personalidad de inestabilidad afectiva, ansiedad pronunciada, tendencia a la minuciosidad en el análisis junto a una distimia depresiva y agresividad.

La escala de HAMILTON mostró ansiedad, ánimo deprimido e insomnio.

El cuestionario de PECK-PICHOT mostró angustia, ansiedad, distimia triste, merma del contacto afectivo.

En resumen, son la ansiedad y los factores con ella relacionados los hechos más constantes en la personalidad de estos pacientes, hay pues, en fin, un estado de *ánimo angustioso*.

ENGEL (1959), ya describía en estos pacientes de dolor psicogénico unos rasgos típicos:

1. Sentimiento consciente o inconsciente de culpa, con sensación de satisfacción por la expiación.

2. Antecedentes de ser propenso a utilizar el dolor con tal intención.

3. Una historia de fracasos en la vida, verdaderos o sentidos, afición por operaciones injustificadas o por tratamientos prolongados.

4. En su anamnesis hay datos de que utilizó el dolor cuando temen una relación social.

5. Combinar el dolor con la vida sexual íntima, un cierto masoquismo sufrido o tan sólo sentido.

6. Relacionan el dolor inconscientemente con algo que ellos estiman.

Hay pues, en conjunto, una situación de angustia en la vida, en la que el dolor es su «refugio vital».

Para objetivar este estado de angustia se tiene que recurrir por parte del *psicólogo* por un lado a:

Métodos psicológicos: Tests proyecti-

vos (Test de RORSCHACH, T. A. T. MMPI. (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, etc.). El test de SZONDI (1959), muy utilizado en Suiza, muestra en estos casos unas características psicopatológicas neuróticas con tendencia al sadomasoquismo ligado a problemas familiares, conyugales, amistades, etc., sentimientos de culpa y tendencia al autocastigo.

Lo factible para nosotros, ortopedas, es utilizar la anamnesis con preguntas que nos permitan analizar la personalidad del paciente que nos viene con el dolor lumbar como único problema; unas preguntas irán dirigidas a la forma en que aparece el dolor, su duración, los resultados obtenidos con los tratamientos médicos o quirúrgicos de las que se deducen las características de estos «pain-prone patients», en cuyas historias se encuentra el dolor como algo continuo con exacerbaciones; otras preguntas irán dirigidas a sus hábitos personales, es típico el insomnio o dificultad para dormir pronto y mucho, sin embargo, el dolor no es la causa del insomnio, todos comen bien y su vida sexual suele ser normal al menos en las formas no muy antiguas, son muy fumadores y aficionados a la «copa». Otras preguntas van dirigidas a su vida familiar, la más importante es «sacarle» cuál es la reacción de sus familiares más allegados ante su dolor lumbar. Otro hecho muy frecuente de encontrar es que entre sus familiares o amigos o compañeros de trabajo hay alguno con una invalidez o deformidad, que ellos «han vivido».

Las otras preguntas van dirigidas a buscar problemas emocionales: estados de tensión, nerviosismo, depresión, desesperación, que siempre atribuyen a su dolor lumbar, pues dicen, y esto es lo que más desorienta, que no tienen problemas con los padres, hermanos, esposas, etc., sino por el contrario se llevan con todos «maravillosamente»; no hay tendencia a la deses-

peración, ni al miedo ni deseos de morir, es la contestación típica de negación a todo problema, o «denial».

El último tipo de preguntas es muy interesante para nosotros los traumatólogos de medios laborales, se refiere a los trabajos o empleos que ha tenido, los cambios, su duración, horas semanales, etc. Es frecuente encontrar que empezó a trabajar muy duramente en épocas muy tempranas de su vida, han sido más activos que los de su edad, les ha gustado trabajar más que a los demás y no tienen afición por las distracciones, si no son pesadas excursiones, halterofilia, y en las mujeres «afición» por los trabajos más pesados de la casa. Hay en todo una tendencia a hacer de su vida una «punición».

Cabría añadir exploraciones «somáticas» para perfilar su perfil psicológico:

*Test de estimulación:* Fundamentalmente determinar el umbral de percepción del dolor.

*Test de detección:*

— Objetivar electromiográficamente la contractura muscular.

— Objetivar el estado de nivel de alerta (mediante el E. E. G.) habitualmente en la ansiedad hay un trazado desincronizado casi plano.

*Test de estímulo-detección:*

— Determinar la velocidad de conducción sensitiva sería el método ideal.

— Observar electromiográficamente la *contractura muscular en reposo* ante estímulos de gran carga afectiva.

*Test bioquímico:*

Determinación en orina:

— 17-Hidroxicorticoesteroides.

— Acido 5-hidroxiindolacético que es el metabolito de la serotonina.

— Acido vanililmandélico que es el metabolito de la noradrenalina.

Sin embargo, a pesar de sus problemas psicológicos, como decíamos, estos pacientes niegan todo problema a nuestras preguntas y parecen mantener una actitud mental firme «a pesar de todo lo que sufre» y en la vida todo sería maravilloso para él «si no fuera por el dolor».

Es la negativa de toda interpretación emocional de sus conflictos el hallazgo más destacable y desorientador en todos estos que aquejan dolor. Asimismo, cuando se les somete a una exploración de tests psicológicos, sigue la desorientación pues señalan la negación de necesidades infantiles, de tener que ser dependientes, de desgracias y cuidados físicos de un lado junto con la presencia de enfermos hostiles y pseudomasoquismo por otra parte, pues con la aparición del dolor el paciente se hace con más seguridad dependiente, obtiene un cuidado constante y simultáneamente satisface sus esfuerzos agresivos para hacer difícil la vida a un familiar mientras sufre el castigo del dolor y por ello purga su culpa. Este dolor puede llevar consigo una ganancia secundaria que su incurabilidad hace inexplicable. Hay pues, no sólo una negación sino también una inhabilidad para identificar y expresar sus sentimientos; de ahí el fracaso de la psicoterapia.

Es típico un estilo de vida de pasiva agresividad o sadomasoquismo en muchos de ellos, historias de antiguos vituperios o malos tratos, la elección de una esposa «ofensiva», fracasos en mantenerse en el trabajo o en su domicilio, asimismo una búsqueda de tratamientos quirúrgicos para todo. Otra característica es su implacable actividad en el trabajo y algo que aparece precozmente en su vida que lleva al sacrificio por los demás, mientras estos esfuerzos son seguidos por los otros, hay un oculto deseo de encontrar con ello una recompensa o finalmente que lleve consigo el ser atendido o cuidado por los otros.

Desde luego en cada paciente caben todas las matizaciones y combinaciones posibles, pero tendrán como característica común que reaccionan ante las situaciones «stressantes» de la vida con sentimientos de culpa, frustración, hostilidad, y que el rasgo más destacado dentro de su personalidad es la dificultad marcadísima que tienen para establecer *relaciones interpersonales*.

Son los rasgos fundamentales:

— La dificultad para el establecimiento de las relaciones interpersonales.

— Su sentimiento de culpa que precisa el consiguiente castigo.

— El valor del dolor como mecanismo de control para los impulsos no deseados, lo que tiene particular interés en ciertas lumbalgias con relación a frustraciones de la vida sexual.

En cuanto al primer rasgo, o sea, la dificultad para el establecimiento de relaciones interpersonales, hay que recordar que el dolor en sí ya tiene un *carácter de comunicación con el prójimo*. Es una llamada, rompe el «muro» de la incomunicación. Los quejumbrosos no son más que individuos que buscan el diálogo y que desean ser escuchados, éste es el fundamento de la importancia que tiene la toma cuidadosa de la anamnesis, la mejor o tal vez la única psicoterapia para estos casos. En el pensamiento primitivo el dolor estaba asociado a un sentimiento moral, el sufrimiento era motivo de orgullo y pronto fue unido al concepto de culpabilidad que requería el castigo como medio de obtener o mantener un equilibrio psíquico, la tolerancia del dolor es una expresión cultural en la historia de los pueblos; de todo ello queda todavía *el dolor* como el camino utilizado para «lograr el castigo por un sentimiento de culpabilidad», de aquí que sean enfermos que se dejan operar con tanta sumisión. ¡Cuántos injertos y fusiones raquídeas innecesarias que no han

hecho más que mantener las molestias y encronizar el síndrome! ¡Grave responsabilidad médica! Son individuos que se quejan, pero que «aman el dolor» y buscan al médico para que les proporcione el castigo: Admiten dormir en cama dura, inyecciones, manipulaciones, regímenes de vida que les priven de sus distracciones, prefieren las intervenciones caras, etc. Rechazan, abandonan y hasta tienen poca fe en aquellos tratamientos que no son molestos y no suponen ningún sacrificio.

Estas dos dimensiones, dificultad para establecer relaciones interpersonales y obtener la punición que su culpa merece son las que, desde el punto de vista psicológico, dan sentido al dolor de estas personalidades. Su negación a admitirlo en la anamnesis y su dificultad en demostrarlo en los tests psicológicos es algo muy típico.

#### Aspecto sociológico

Es experiencia de todos que el número de enfermos con síndrome de dolor lumbar ha aumentado linealmente en estas últimas décadas. Los factores sociológicos que lo han determinado van ligados a esta época de civilización técnica que nos ha tocado vivir, que la han convertido en la «era de la alineación».

A nivel social, aumento de la agresividad colectiva y empobrecimiento de ideas trascendentes, como consecuencia en el individuo queda una personalidad con poca estima en sí mismo, relaciones afectivas pobres y con poca consistencia, incapaz para organizar la conducta individual de forma consistente. El dolor como «respuesta de conducta», como un «behaviour response» a un modelo de aprendizaje («learning model») aprehendido en un medio ambiental de algún amigo o pariente. Por otra parte, esta sociedad en que vivimos parece exigir al individuo un rendi-

miento al máximo y llega a mentalizar a las personas que tienen que gozar de un perfecto estado de salud para dar estos rendimientos y por ello consultan precozmente por unas molestias con las que antes se podía convivir, dada su relativa levedad.

Asimismo, nuestra época es cada vez menos propicia a valorar el sentido positivo del dolor en la valoración y estructuración de la personalidad. Hoy se admite el dolor como una enfermedad y se califican las molestias como dolor. El sentimiento de enfermedad es una vivencia que se está haciendo hoy cada vez más frecuente y la vivencia de «enfermar» es «vivenciarse las molestias». Hay mucha ansiedad en todos los pacientes que nos vienen con dolor lumbar, pero admitamos que es muy posible que esa angustia haya sido la única alternativa de la que esa persona inestable haya tenido que echar mano para defenderse y no quedar anodada.

No está en nuestras manos de médicos clínicos actuar profilácticamente sobre estos factores sociógenos pues corresponde a los sociólogos. A nosotros la sociedad lo único que hace es asignarnos los enfermos para su tratamiento y nosotros tan sólo podemos luchar para, en una asistencia colectivizada en la que estamos, intentar tratarles en un plano personal e individual. Tal vez una buena anamnesis, escuchar bien y completamente al paciente con dolor lumbar, sea nuestra propia misión. Luego disponer nuestra actuación médica con un sentido «comprensivo» de la totalidad de la persona afecta de dolor lumbar, pues hay que pensar que hay que intentar diferenciar lo que puede haber en el dolor lumbar de somático de lo que tenga de alteración psicofisiológica. En unos casos la diferenciación ya aparece ostensible por la anamnesis y es muy fácil llevarlo a cabo, en otros, por el contrario, es muy difícil por lo entremezclados. Siempre sue-

le ser una orientación para identificar el dolor como somático el que aumente en determinadas condiciones y que disminuya con el reposo. Siempre hay que proceder tras la anamnesis a una exploración clínico-somática, sin olvidar que el dolor lumbar somático puede ser también profundo, pero siempre tiene puntos dolorosos electivos y, sobre todo constantes, y áreas de hiperestesia cuando es irradiado. Cuando el componente somático es clínicamente evidente y claro, el diagnóstico de valor lumbar ligado a una discopatía lumbar o lumbosacra puede completarse con las exploraciones radiográficas, pero se proceda a una conducta terapéutica conservadora o quirúrgica exclusiva, no por ello hay que dejar u olvidar la parte psíquica y social que siempre, aunque sea en pequeña proporción, puede jugar su papel en las características de la evolución tras el tratamiento y así como en los buenos resultados que cabría esperar.

Ya en la anamnesis cabe distinguir en estos individuos «algófilos» o predispuestos al dolor («pain prone patients»), si se trata de un paciente crónico en esta predisposición al dolor o de un agudo, así hay que distinguir en estos «algófilos crónicos» el «constante sufridor» y «el sufridor intermitente». En el sufridor constante, el dolor ha sido el tema predominante de toda su vida. Altercados familiares de niño, castigos, expulsiones de los colegios, cambios de trabajo, alternando con períodos de perdón y de reajuste. El sentimiento de culpa es en ellos acusado. No desean el dolor ni obtienen con ello placer pero lo necesitan para comunicarse con los demás, ser escuchados y perdonados. En éstos, en la anamnesis es curioso y de destacar, como señalábamos, que no encontramos precisamente cuando vienen con el dolor lumbar, que tengan problemas, precisamente tienen dolor lumbar cuando a ellos todo les va bien en la vida.

El «sufridor intermitente» tiene una historia de dolor lumbar o de otro tipo de dolor siempre que ha tenido un conflicto en su vida, de los que por otra parte son tan comunes y que en las personas estables no se acusan o son tan solamente anecdóticos, cambio de domicilio, de ritmo de trabajo, un nuevo hijo, la muerte de un pariente, etc. En ellos siempre es posible encontrar la relación entre un incidente en su biografía y la aparición del dolor.

Al lado de estos sufridores con antecedentes, encontramos otros pacientes cuya disposición al dolor es *aguda*, sin que nunca hubieran antecedentes de ser «un doloroso predispuesto», un «painprone patient». Entre ellos tenemos como ejemplo tipo:

— Los pacientes que han cometido algo reprochable y que sienten un sentimiento de culpa en una vida que para ellos ha sido siempre intachable. Ejemplo: una irregularidad administrativa, un fracaso en una gestión impropio de una persona tan cualificada, una infidelidad conyugal, etcétera.

— Aquéllos que tienen una reacción depresiva a un acontecimiento familiar, muerte de la madre, descalificación laboral, cambio de trabajo, miedo a perderlo, a quiebra de la empresa, etc. Son en realidad más bien sufridores intermitentes.

— Los viejos que estuvieron siempre sanos y orgullosos de sus fuerzas pero que comienzan a temer perderlas por una pequeña incidencia médica, una astenia postgripal, una lumbalgia de esfuerzo, etc., y con ello temen perder su independencia y necesitar, por tanto, de los demás.

— Los «managers» de los negocios o los «leaders» en la política o en la vida social, que nunca necesitaron médicos ni nunca creyeron que cuando tuvieron molestias fueran síntomas de enfermedades, son al parecer las personalidades menos predispuestas a hacer un dolor lumbar psicógeno, sin embargo, tras su confianza en sí mis-

mos, se oculta un gran miedo a la enfermedad, a perder su posición relevante, a tener que depender de otro y así, cuando tienen una lumbalgia banal, se derrumban por el miedo y desde una aparente invencibilidad, caen en un estado de angustia.

No vamos a considerar aquí los «simuladores» que nos pueden confundir buscando una interpretación psicogénica a su simulación ni tampoco el término de «neurosis de renta», término más legal que médico, pues en el fondo no son más que casos de «secondary gain» entretenidos por una legislación desafortunada.

Resumamos como datos en la anamnesis para valorar el papel de los factores psicógenos ciertos datos que se recogen ya en el curso de la misma, como son:

— El dolor es descrito con frases dramáticas: «Se me abren las carnes», «es un escozor que me come», «es un bocado que tengo cogido que me desgarras», etc.

— El dolor se desencadena asociado con las épocas de más alto «stress» en la vida habitual.

— El dolor tiene una larga historia de muchos médicos y muchos tratamientos.

— Ha tenido en otra época dolores múltiples en otros sitios y a temporadas.

— Hay historia de familiares que sufrieron afecciones con dolores o enfermedades crónicas, es decir, ha habido un «learning model».

— El paciente niega que tenga problemas familiares o sociales pero, sobre todo, lo que llama la atención es que no desea hablar de ello.

— Hay que buscar también si hay un «secondary gain» con el dolor lumbar cada vez que ha tenido dolor, es decir, una temporada de descanso, ha rehuído con ello unas relaciones sexuales no deseadas o, por el contrario, con él ha conseguido una mayor atención por parte del esposo o liberarse de un trabajo extraordinario, etc.

Siempre hay que proceder a una explo-

ración ortopédica y neurológica acabada, aunque no se demuestre de entrada una base orgánica evidente, pues la postura es seguir buscándola pensando somáticamente y utilizando todos los métodos de exploración neurofisiológica mencionados, de aquí el valor de los nuevos aspectos diagnósticos de que en el momento actual se disponen.

Si se va detectando la existencia de una clara *ansiedad* en la anamnesis, quizá no haya que recurrir al psicólogo clínico o psiquiatra, problema que rechazan los enfermos si no se plantea cuidadosamente, pero que es necesario en muchos casos para que, con el empleo de los tests y escalas mencionados nos objetiven la *angustia* y *tensión* y no sigamos en la desorientación clínica de querer encontrar una explicación somática clínica donde no la hay.

Pero ¿cuál es el papel que nos corresponde a nosotros los traumatólogos y ortopedas?

Primero estar preparados, pues estos pacientes al primero que buscan es al cirujano, a poco que les sea accesible. ¿Cuáles son las razones? La fama de que es capaz de, con los medios de que dispone, «cortar» el dolor, que estos enfermos no admiten, niegan, como hemos dicho, tener ningún complejo psicológico. Se han limitado a somatizar, encapsulando así su situación. Con su cantinela de que «todo le marcharía bien si no fuera por el dolor» dan más énfasis a su súplica. La cirugía por otra parte, les atrae por lo que supone de punición, es cara, proporciona riesgo de muerte, muchas veces dolorosa, etc., al menos así lo cree, sin pasar a analizar ni a poder garantizar si le va a quitar el dolor, pues no siente necesidad de ello. Ante ellos, el cirujano experto «se los sabe quitar de encima» sin caer en la trampa de la operación; otros cirujanos se ven envueltos de buena intención con un sentimiento de compasión ante este «sufridor constante» y los opera con cierta ilusión,

dando una «interpretación orgánica» a su lumbalgia.

Se ha querido ver en la cirugía la sublimación del instinto natural de agresividad del hombre, sin embargo, no se ve que el uso excesivo de la cirugía es más bien debido a masoquismo de estos pacientes; tan frecuentes intervenciones innecesarias en la lumbalgia es la consecuencia de la falta de experiencia del cirujano ante estos «prone-pain patients», que ceden ante sus continuas súplicas, y en el caso de mejorar después de cualquier intervención hecha en su raquis, la curación o alivio puede durar hasta meses o años, pero vuelven con nuevos dolores y exigen otra intervención, que si el cirujano se niega a practicar, buscan a otro al que cuentan acusaciones y objeciones de la intervención que se le practicó por el cirujano anterior; con frecuencia, en la época de la artrodesis de ALBEE, ayudados con la radiografía con el injerto roto o desprendido de uno de sus extremos según le había mostrado otro médico o el radiólogo. Pero en estos pacientes la cirugía no es sólo reprobable por innecesaria y porque toda intervención tiene siempre un riesgo vital, sino porque no hacemos más que «darle la razón» al enfermo pues es operado en el sitio donde él «supone que tiene el dolor» y lo fija más en su somatización y que si esta operación ha fracasado, otra en el mismo sitio podría curarle, y para el cirujano el discutir sobre la exacta organicidad del proceso causal raquídeo es cada vez más complicado, tras las cicatrices anteriores, convalecencia, períodos de descarga, etc.

¿Entonces qué hacer?

Buscar el informe del psiquiatra o del psicólogo antes de decidir la operación en estos «prone-pain patients». Pero éstos suelen ser enfermos psicossomáticos que niegan todo problema psicológico, han somatizado su dolor y nada más, la característica es la falta de datos que proporcio-

nar a la evaluación por el psiquiatra, es más útil que nosotros enjuiciemos el problema racionalmente, que lo remitamos al psiquiatra con la «indignación» que para estos pacientes supone esto y, además, que el psicólogo o el psiquiatra fracasarán en el 99 por 100 de los casos con un tratamiento psicoterápico, tan sólo en algunas formas ligeras, con gran cooperación del paciente y de sus familiares podrán obtenerse algunos éxitos.

Nosotros no podemos hacer más que sacarles de su situación y volverles a una vida activa, sacándolos del ciclo vicioso «dolor-menos actividad laboral y vital-más dolor-desesperación», o al ciclo al revés. La hospitalización permite sacarlos de casa, cuyo medio parece «alimentar» su neurosis del dolor, puede hacer el dolor menos «vivencial», pero el personal de la clínica debe adaptarse cuidadosamente a los sentimientos y reacciones del paciente y esto es difícil.

El tratamiento en las llamadas «Unidades del dolor» no parece ser el más adecuado, pues sólo hace el problema más complejo.

Asimismo, el tratamiento por hipnosis no es tampoco adecuado; el enfermo necesita «un dolor» para vivir, con la hipnosis disminuimos su intensidad o la cambiamos de sitio, pero su supresión le lleva a un desequilibrio psicológico a un paciente que

había «resuelto» su problema de «punicción» con el dolor. La hipnosis da buenos resultados en el dolor lumbar de origen orgánico evidente.

La medicación psicotrópica proporciona los mejores resultados posibles.

La más eficaz en nuestra experiencia es utilizar una droga antidepresiva, la amitriptilina, unida a un clorodiacétopóxido (Librium) mejor que a un Diazepan.

No hemos obtenido buenos resultados con la imipramicina (Tofranil), mal tolerada por estos enfermos pues aumenta su insomnio.

Las cloropromacinas (Thorarina), las fluofenazinas (Proliemín), la thiorodamine (Mellaril) nos han dado resultados más variables. Mejor resultado han obtenido en muchos casos el clorofenil-piperamino-propil triazol (Trazodone).

Nada se obtiene con butazonas ni butazolidinas, prednisolona ni metazonas, ni analgésicos. Un buen coadyuvante son los preparados de complejos B con prednisolona en inyectables en los tratamientos con amitriptilina y clorodiacétopóxidos que es mi proceder. A ello unimos una psicoterapia ligera y el convencimiento de que son enfermos a los que no vamos a curar definitivamente, pero que nos necesitan a nosotros como a su dolor lumbar para hacer su vida lo más «ajustada» dentro de sus posibilidades.