

ANA MARIA LAZO [Cerrar sesión]

PROGRAMA FORMATIVO EN
DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO

DIAGNÓSTICO POR LA



Test Columna vertebral

¡Felicidades! Ha superado el test con un 100% de aciertos

1. Respecto a la patología de la columna vertebral, indique la respuesta verdadera:

- a. Afecta fundamentalmente al raquis lumbar, suele tener etiología degenerativa y es una de las principales causas de baja laboral
- b. Afecta fundamentalmente al raquis torácico, por etiología traumática, en especial por deportes de riesgo o accidentes de tráfico
- c. Afecta fundamentalmente al raquis cervical, en relación con posturas inadecuadas durante el trabajo
- d. La patología en columna vertebral se distribuye homogéneamente por los territorios cervical, torácico y lumbar
- e. En los pacientes con dolor lumbar es necesario disponer de, al menos, una prueba de imagen

La patología de columna afecta fundamentalmente al raquis lumbar, sobre todo por causa degenerativa, y es causa frecuente de baja laboral. No es necesario prueba de imagen en un primer momento en ausencia de “signos de alerta”. Criterios de remisión de pacientes a los servicios de diagnóstico por la imagen [online]. 2000. [Citado noviembre 2016]; **Disponible aquí**.

2. Respecto a las anomalías en la transición lumbosacra, indique la respuesta verdadera:

- a. Es una anomalía muy poco frecuente
- b. Es una variante anatómica sin ningún tipo de repercusión
- c. Puede llevar a errores en la localización de la patología o el nivel tratado
- d. Suele dar clínica en la edad pediátrica
- e. Una sacralización parcial de L5, con fusión de apófisis transversas, favorecerá el desarrollo de discopatía L5-S1

Es una anomalía frecuente (en torno al 3% de la población en algunos estudios), que no supone una patología en sí misma, pero que puede ser causa de error en la localización de la patología y en el nivel tratado, por interpretar de manera distinta dos médicos cuál es la última vértebra lumbar y cuál la primera sacra. Así, por ejemplo, el informe radiológico puede hablar de patología L5-S1, pero el médico remitente tratar el nivel L4-L5 (pensando que ese es L5-S1). También puede favorecer el desarrollo de patología degenerativa en los segmentos *móviles* adyacentes y/o un síndrome de Bertolotti. Sin embargo, si existe *fusión* de apófisis transversas como se indica en la

opción e, el segmento deja de tener movilidad, por lo que previene el desarrollo de discopatía a ese nivel (lo que puede favorecer la discopatía en el nivel superior).

3. Respecto a la enfermedad de Scheuermann, señale la respuesta falsa:

- o a. Es la causa más común de las cifosis estructurales torácicas del adolescente
- o b. Corresponde a una osteocondrosis de los platillos epifisarios
- o c. Radiológicamente se caracteriza por la presencia de vértebras acuñadas contiguas, e irregularidad de los platillos por herniaciones intravertebrales
- o d. La mejor proyección para valorarla en radiología simple es la anteroposterior
- o e. Puede ser tratada en ocasiones con la utilización de un corsé

Tanto la hipercifosis como las hernias intravertebrales y el acuñamiento de los platillos, características radiológicas de esta enfermedad, se apreciarán mucho mejor en proyección lateral que anteroposterior. El resto son verdaderas. El tratamiento es controvertido, pero el uso de corsé es una opción habitual en ciertas fases de la enfermedad.

4. Respecto al trauma cervical, señale la opción verdadera:

- o a. El dato más importante a valorar es la estabilidad de la lesión, por el riesgo de lesión de estructuras nerviosas en caso de manejo inadecuado de una lesión inestable
- o b. En ausencia de líneas de fractura, una pérdida de la alineación vertebral no tiene importancia
- o c. Un aumento del espacio normal entre los elementos vertebrales es un hallazgo habitual y normal por el edema asociado al traumatismo
- o d. La tomografía computarizada es la mejor técnica de imagen para la valoración de daño ligamentario y las partes blandas
- o e. La radiología simple es la mejor técnica de imagen para valorar fracturas

El dato más relevante es si la lesión es inestable, lo cual puede ocurrir aunque no se identifiquen líneas de fractura si el daño ligamentario es extenso. Una pérdida de la alineación normal o un aumento del espacio normal entre dos elementos óseos (especialmente en raquis cervical alto) puede indicar inestabilidad y tener gran trascendencia. La mejor técnica para valorar el daño ligamentario es la resonancia magnética (no la tomografía computarizada [TC]), y para valorar fracturas, la TC (no la radiología simple).

5. Respecto a la espondilólisis, indique la respuesta verdadera:

- o a. La espondilólisis es la principal causa de espondilolistesis en ancianos
- o b. Corresponde a la fractura de la lámina del arco posterior
- o c. La espondilólisis puede diagnosticarse mediante radiología simple, bien con proyecciones habituales u oblicuas
- o d. Es característica la imagen de “perro tuerto”
- o e. La principal causa de espondilólisis son los accidentes de tráfico

La espondilólisis es la principal causa de listesis en jóvenes. La listesis en ancianos es típicamente de causa degenerativa. Una buena técnica para su diagnóstico es la radiología simple con proyecciones oblicuas, aunque la tomografía computarizada es superior (en especial con las actuales adquisiciones volumétricas con reconstrucciones en distintos planos). Es característica la imagen de “perro con collar/degollado”, no tuerto. La imagen de “vértebra tuerta” suele corresponder a afectación metastásica en el pedículo.

6. Son signos radiológicos de degeneración/inestabilidad de las articulaciones interapofisarias todos los siguientes excepto:

- o a. Pérdida de la congruencia de las facetas (subluxación)
- o b. Pérdida de la amplitud articular (pinzamiento e incluso fusión)
- o c. Aumento de densidad de las apófisis articulares (esclerosis)

- o d. Desarrollo de rebordes osteofitarios que generan la hipertrofia apofisaria
- o e. Presencia de fenómenos degenerativos tipo Modic

Los fenómenos degenerativos tipo Modic afectan a los platillos de los cuerpos vertebrales y como tal están en relación con la patología degenerativa discal, no facetaria. Las degeneraciones discal y facetaria pueden ir frecuentemente asociadas, pero eso no implica que los fenómenos degenerativos discales se puedan considerar como signos de degeneración facetaria. El resto son signos típicos de degeneración facetaria.

7. Respecto a la artritis reumatoide, señale la respuesta correcta:

- o a. La afectación en raquis, especialmente lumbar, es uno de los hallazgos definitorios de la enfermedad
- o b. Suele dar clínica dolorosa por la estenosis degenerativa de canal y el compromiso de raíces de la cola de caballo
- o c. Es excepcional la afectación del raquis cervical en estos pacientes
- o d. Puede requerir la realización de radiografías funcionales en flexión y extensión para valorar inestabilidad
- o e. En raquis afecta fundamentalmente a las articulaciones interapofisarias

La artritis reumatoide afecta fundamentalmente al raquis cervical; la afectación toracolumbar es excepcional. Típicamente provoca artropatía erosiva atloodontoidea, no de articulaciones interapofisarias. La clínica viene derivada de la inestabilidad/compromiso de espacio en charnela occipitovertebral, con posible compromiso bulbar o medular, no de raíces de la cola de caballo. En caso de importante daño atloodontoideo puede requerir la realización de radiografías funcionales en flexión y extensión para valorar inestabilidad.

8. Respecto a la afectación tumoral en raquis, indique la opción verdadera:

- o a. Es más frecuente la afectación por tumores primarios que las metástasis
- o b. Las lesiones blásticas se caracterizan radiológicamente por la presencia de radiolucencias (zonas de menor densidad), que pueden provocar la imagen de “vértebra tuerta” si afectan al pedículo
- o c. Por su excelente valoración del hueso, la tomografía computarizada es la técnica de elección para la valoración de los tumores del raquis, especialmente en fases precoces
- o d. La presencia de un patrón “en enrejado” es característica del hemangioma óseo y habitualmente se considera diagnóstica, no requiriendo estudios adicionales
- o e. Todas las anteriores son correctas

La afectación tumoral más frecuente en raquis es la metastásica, siendo el tercer lugar más frecuente tras el pulmón y el hígado. Las lesiones blásticas serán hiperdensas, no de menor densidad/radiolucientes, y la técnica idónea para valorar tumores óseos es en la mayoría de los casos la resonancia magnética.

La presencia de un patrón “en enrejado”, sin embargo, sí es característica del hemangioma óseo y habitualmente se considera diagnóstica, no requiriendo estudios adicionales si la imagen es típica.

9. En la osteoporosis (señale el enunciado verdadero):

- o a. Es frecuente el desarrollo de aplastamientos vertebrales espontáneos o ante traumatismos leves
- o b. La pérdida de masa ósea dará a la columna un aspecto en “caña de bambú” por la hiperdensidad relativa de las corticales
- o c. En fases precoces se pierden sobre todo las trabéculas verticales
- o d. La pérdida de masa ósea se valora normalmente con resonancia magnética
- o e. Todas las anteriores son falsas

El desarrollo de aplastamientos vertebrales en la osteoporosis es frecuente y supone una causa importante de dolor en estos pacientes. La pérdida de masa ósea provoca en fases precoces una pérdida de la trabeculación horizontal, no vertical. En fases más avanzadas, la pérdida de trabéculas provoca un aumento relativo de la densidad cortical que provoca un aspecto de vértebra “en marco” o en “caja vacía”, que nada tiene que ver con la imagen en “caña de bambú” por calcificación ligamentaria en la espondilitis anquilosante. La pérdida de masa ósea se valora habitualmente con la densitometría ósea, aunque existen otras técnicas.

10. La presencia de destrucción de dos platillos vertebrales adyacentes de predominio anterior, con adecuada amplitud del espacio discal, en un paciente con dolor lumbar agudo-subagudo que le despierta por la noche debe hacernos pensar en la posibilidad de:
- a. Probable afectación metastásica atravesando el disco
 - b. Espondilodiscitis infecciosa
 - c. Espondiloartropatía inflamatoria
 - d. Fractura osteoporótica
 - e. Enfermedad de Paget

La presencia de destrucción de los platillos en el borde anterior es uno de los hallazgos iniciales en la espondilodiscitis infecciosa, que debe tenerse en cuenta en un paciente con un dolor agudo que le despierta por la noche, en especial con una adecuada amplitud del disco que hace poco probable una etiología degenerativa. La afectación metastásica no atraviesa el disco (aunque puede extenderse de un cuerpo vertebral al adyacente por partes blandas paravertebrales). La espondiloartropatía inflamatoria puede afectar al borde anterior de los platillos por entesitis, pero sin provocar destrucción, en todo caso esclerosis en fases crónicas. La fractura osteoporótica y la enfermedad de Paget tampoco tienen esta presentación.

11. Señale la asociación falsa:
- a. “Vértebra tuerta” en la afectación metastásica
 - b. “Perro con collar” en la espondilólisis
 - c. “Caña de bambú” en la espondiloartropatía inflamatoria
 - d. “Vértebra en pez” o en “boca de pez” en la osteoporosis
 - e. “Imagen en enrejado” en la enfermedad de Scheuermann

Todas son correctas menos la opción e, ya que la imagen en enrejado es característica del hemangioma óseo. Pueden verse imágenes similares en la osteoporosis o incluso la enfermedad de Paget, pero no es un signo de la enfermedad de Scheuermann (caracterizada por acuñamientos vertebrales y herniaciones intravertebrales).

12. Ante un paciente adulto con dolor ciático, ¿cuál de las siguientes patologías será menos probablemente la causa de su sintomatología?
- a. Patología degenerativa discal
 - b. Patología degenerativa articular
 - c. El síndrome de Baastrup
 - d. El síndrome de Bertolotti
 - e. Estenosis de canal

La menos probable es la opción c, ya que el síndrome de Baastrup se debe al roce entre apófisis espinosas, en la zona más posterior de los elementos vertebrales. Es, por tanto, una causa de dolor lumbar, pero sin compromiso radicular ni irradiación ciática. El resto son causas habituales de dolor ciático.

13. Señale el enunciado verdadero en relación con el dolor lumbar:
- a. Las causas mecánicas y neuropáticas del dolor lumbar suponen el 50% de los casos

- o b. La adecuación del peso no influye en la respuesta al tratamiento y pronóstico del dolor lumbosacro
- o c. En la fase aguda se debe aconsejar reposo absoluto durante 5-7 días
- o d. Las manipulaciones espinales son útiles pasado el primer mes
- o e. Los ejercicios de estiramiento y fortalecimiento muscular son importantes para la recuperación, pero si se indican demasiado pronto, el dolor puede empeorar. En términos generales se desaconsejan antes de las 2 semanas

Las causas de dolor raquídeo (cervical, dorsal, lumbar) pueden clasificarse como mecánicas, neuropáticas o de origen orgánico. Las dos primeras suponen el origen del 90% de los casos. La adecuación del peso influye en la respuesta al tratamiento y el pronóstico del dolor lumbosacro. En la fase aguda del dolor no se debe aconsejar el reposo absoluto más allá de las 48 horas, ya que puede debilitar al paciente. Las manipulaciones espinales (siempre que no haya radiculopatía) son útiles en las primeras 4 semanas. Los ejercicios de estiramiento y fortalecimiento muscular son importantes para la recuperación, pero si se indican demasiado pronto puede empeorar el dolor. En términos generales se desaconsejan antes de las 2 semanas.

14. Respecto al tratamiento farmacológico del dolor lumbar es falso que:

- o a. El primer escalón lo compone el paracetamol y los antiinflamatorios no esteroideos
- o b. Los miorrelajantes mantienen su efecto pasadas las 6 semanas
- o c. La toxina botulínica se utiliza en caso de espasticidad focal resistente al tratamiento convencional
- o d. El segundo escalón lo componen los opiáceos débiles (codeína y tramadol)
- o e. El tercer escalón lo componen la morfina y, en casos crónicos, otros opiáceos como la oxicodona y el tapentadol

Los miorrelajantes no mantienen su efecto de relajación de la musculatura más allá de las 6 semanas.

15. En el tratamiento quirúrgico de la hernia discal es cierto que:

- o a. Es preciso en aproximadamente el 50% de los casos
- o b. Se trata de un recurso final recomendado en aquellos pacientes que no toleran el dolor tras 2-3 semanas de tratamiento conservador
- o c. La técnica más eficiente es la extirpación de la hernia, asociando una resección de la parte del disco para reducir las posibilidades de que se vuelva a reproducir
- o d. La prótesis artificial se utiliza como alternativa a la cirugía clásica en pacientes con lumbalgia crónica de origen no discógeno
- o e. Las técnicas no invasivas (nucleoplastia, nucleotomía percutánea o por láser y la quimionucleólisis) no están indicadas en pacientes jóvenes con hernias contenidas y a tensión

El tratamiento quirúrgico de la hernia discal es preciso en aproximadamente un 5-10% de los casos. Se trata de un recurso final que solo debe ser recomendado en aquellos pacientes que no toleren el dolor tras 6-8 semanas de tratamiento conservador, en aquellos pacientes con pérdida de fuerza progresiva o en aquellos pacientes con problemas de esfínteres. La técnica más eficiente es la extirpación de la hernia, asociando una resección de la parte del disco para reducir las posibilidades de que se vuelva a reproducir. La prótesis artificial se utiliza como alternativa a la cirugía clásica en pacientes con lumbalgia crónica de origen discógeno. Las técnicas no invasivas (nucleoplastia, nucleotomía percutánea o por láser y la quimionucleólisis) están indicadas en pacientes jóvenes con hernias contenidas y a tensión y dolor discógeno.

© 2017 DIM | Todos los derechos reservados. Queda prohibido el uso y reproducción total o parcial de las imágenes contenidas en esta web sin autorización expresa de los autores.

© 2017 IDEMM FARMA | AVISO LEGAL - POLÍTICA DE COOKIES - PRIVACIDAD