

EL LUMBAGO PROFESIONAL

Por el Dr. L. ALMENAR BENAGES

El gran número de casos de lumbagos profesionales hace que sea éste un tema que se debata periódicamente en todos los países debido, por una parte, precisamente a su frecuencia (Thompson indica que cada año se pierden centenares de millones de hombres-horas y centenares de millones de dólares por su causa) y, por otra parte, al aspecto médico-legal del mismo.

Kaplan, recientemente, insiste de nuevo sobre el asunto después de un estudio detallado de los casos observados en determinadas grandes industrias desde el año 1943, insistiendo en que la mayoría de los casos sobrevienen en individuos portadores de malformaciones congénitas de la columna.

Barr y Marble, por una parte, y Johnstone, por otra, indican la gran frecuencia del lumbago y que éste constituye uno de los principales problemas de la medicina del trabajo actualmente. Según este último autor, el 10 por 100 de los accidentes de trabajo está constituido por lumbagos.

El trauma originario es generalmente la elevación de un objeto pesado, existiendo dos formas de presentación. Una, la aguda—accidente primario—, que cede en pocos días, y la otra forma, la crónica—mínimo esfuerzo originario—, larga recuperación y recidivas frecuentes.

Las causas que originan los lumbagos son múltiples, siendo la mayoría de ellas estados o condiciones existentes que predisponen al trabajador a la lesión lumbosacra ante un esfuerzo mínimo, prolongan la incapacidad una vez sobrevenida y dan lugar otras veces a cuadros lumbálgicos falsos.

Los principales estados o condiciones que hay que conocer son los siguientes: procesos degenerativos, tanto de articulaciones inter-somáticas como de pequeñas articulaciones intervertebrales. Procesos reumatoideos (espondilitis reumatoidea anquilopoyética en sus formas iniciales principalmente). Fracturas antiguas que han dejado una deformidad de las facetas articulares o de los pedículos. Infecciones crónicas específicas (tuberculosis, tifus, brucelosis) o inespecíficas (cócos). Procesos infecciosos intrarraquídeos (aracnoiditis). Procesos metabólicos (osteoporosis, hiperparatiroidismo, gota, etc.). Procesos tumorales, sean primarios o secundarios (metástasis). Anomalías congénitas productoras de inestabilidad. Defectos posturales (obesidad, hiperlordosis, abdomen péndulo, defectos en miembros inferiores, etcétera). Lesiones expansivas no tumorales ni traumáticas (quistes epidurales, aumento volumen plexo venosos, etc.). Lesiones viscerales con dolor reflejo referido a región lumbar. Dolor lumbar psicossomático. Hipervaloración pituitaria de síntomas.

Entre todos estos procesos, los que mayor importancia tienen en el determinismo del lumbago son el grupo de las malformaciones congénitas de la columna. Todos los autores están de acuerdo en que los trastornos dinámicos que se originan por las alteraciones estructurales congénitas son las responsables de los síndromes dolorosos lumbares. La existencia de una anomalía congénita no significa que su portador tenga indefectiblemente que padecer de lumbago, pero sí que sus posibilidades de sufrirlo sean mayores que las del individuo con una columna morfológicamente normal.

La frecuencia de las malformaciones es grande, aunque parezca exagerado el porcentaje del 50 por 100 que dan algunos autores. Las principales malformaciones son: espondilolisis y espondilolistesis. Deformidades de las carillas articulares. Espina bífida oculta. Dismorfia de la articulación lumbosacra, Sacralización y lumbarización. Escoliosis. Otras anomalías menos frecuentes.

En las alteraciones de las facetas articulares se encuentra una asimetría en las mismas, orientándose en distinto plano, lo que altera la mecánica articular originando profundas alteraciones en las mismas.

La espina bífida oculta ha suscitado diversas opiniones y criterios respecto a su participación en la génesis de los dolores lumbosacros. Parece ser, sin embargo, que, aunque no todos los individuos con dicha anomalía sufren dolores, las estadísticas de diversos autores coinciden en la gran mayoría de casos de espina bífida oculta entre los afectos de lumbagos de repetición. Seyberlich opina que el elemento productor del dolor sería la adherencia de la pared del conducto raquídeo (lámina vertebral, ligamento amarillo) con la duramadre.

El mecanismo originario del dolor lumbar no está por completo aclarado en la actualidad. La mayoría de las hipótesis se inclinan, sin embargo, a considerar a éste de origen dinámico, originado por los movimientos articulares. La mayoría de los procesos citados, bien sea primariamente o bien de forma secundaria, afectan la mecánica o la estructura de las pequeñas articulaciones. Esta alteración repercute sobre las estructuras periarticulares y por vía refleja en los músculos, originando los espasmos y contracturas musculares. El dolor sería de tipo zonal, efectuándose la propagación del mismo por segmentos metaméricos («Med. Española»).

ASOCIACION INTERNACIONAL DE CIRUJANOS ORALES

Tras la celebración de la primera conferencia que tuvo lugar en Londres en julio de 1962, los asistentes allí reunidos acordaron la organización de una asociación de carácter internacional. El Comité nombrado se constituyó con los nombres de los doctores F. A. Henny y L. O. Bishop, de los Estados Unidos; doctor J. Rud, de Dinamarca; doctor P. Cernea, de Francia, y el señor T. Ward, de Gran Bretaña.

Cualquier información que se desee puede obtenerse de este último, Royal College of Surgeons of England, Lincoln's Inn Fields, London W. C. 2.

TETRACICLINAS Y DENTICION

—¿Es cierto que alguna de las tetraciclinas o todas ellas pueden afectar 1) la dentición temporaria o 2) la dentición permanente de los niños cuando son administradas durante el embarazo o la infancia? Si es cierto que la afectan, ¿desde qué edad sería inocua la prescripción de las tetraciclinas?

—El empleo de la palabra «innocua» en relación con la prescripción de la tetraciclina a niños pequeños va quizá demasiado lejos, pues implica que puede no ser inocua. Es cierto que la tetraciclina se deposita en los huesos y dientes. Hay pruebas de que en los embriones de pollo puede causarse una malformación ósea mediante su administración a los embriones (1). Pero no hay evidencias de un efecto teratogénico en el embrión humano. Después del tratamiento de bebés recién nacidos con tetraciclina se encuentra una hipoplasia del esmalte de los dientes junto con manchas amarillas o pardas (2). Sin embargo, se ha señalado que la hipoplasia del esmalte es común en todo caso en el grupo de los recién nacidos propensos a recibir tetraciclina como resultado de la premadurez o de otros trastornos intrauterinos.

La tetraciclina puede ser depositada y causar decoloración de los dientes, ya sea de la primera o de la segunda dentición, según la edad en que se la administre. El riesgo de que esto ocurra dependerá en cierto grado de la cantidad y duración del tratamiento, pero aun un curso muy breve puede permitir la deposición de la droga durante el primer período neonatal. El mayor riesgo se corre durante el período de desarrollo rápido de la yema dental. Una vez que se ha depositado el esmalte y que el diente ha madurado hay mucho menos probabilidad de una deposición significativa de tetraciclina. Se comprobó que la clorotetraciclina tiene un efecto parecido a la tetraciclina, pero las pruebas en contra de la oxitetraciclina son más dudosas. No hay evidencias de que la administración de tetraciclina durante el embarazo afecte la dentadura fetal, pero dada al término del embarazo en dosis suficientemente grande o durante tiempo suficientemente largo hay razones suficientes para sospechar que lo hará.

Por consiguiente, las tetraciclinas podrían afectar la dentadura fetal cuando son administradas durante el embarazo, y ellas pueden afectar asimismo la dentición temporaria o permanente cuando son dadas durante la infancia. Cuanto más tarde en la niñez se les dé, tanto menos probable algún efecto perjudicial o la formación de manchas. La tetraciclina es una droga valiosa y su empleo no debe excluirse en el caso de una enfermedad grave. En el período neonatal, y quizá durante el embarazo, se preferirá el uso de la oxitetraciclina o de un antibiótico completamente diferente, lo mismo que para una administración prolongada o repetida durante la niñez. (B. M. I.) (S. M.)

Bibliografía: (1) Bevelander, G.; Nakahara, H. y Kolle, G. K.: «Nature» (Londres), 1959, 184: 728. (2) Wallman, I. S. e Hilson, H. B.: «Lancet», 1962, 1: 827. (2) Rushton, M. A.: Idem, 1962, 1: 970.

PIGMENTACION DE LOS DIENTES POR LA TETRACICLINA

WALLMAN e HILTON

Después de haber sido observadas pigmentaciones óseas motivadas por la administración de tetraciclina, ha podido demostrarse asimismo la posibilidad de que se produzcan también depósitos en los dientes. De un grupo de 50 niños que durante su primera semana de vida fueron medicados con tetraciclina, 46 de ellos mostraron pigmentación de los dientes consistente en coloraciones desde amarillo hasta pardo intenso. Se observó, sobre todo, en la parte gingival de los incisivos y en la parte incisiva de los colmillos y molares. Las pigmentaciones intensas implicaban además la malformación de las piezas afectadas y defectos en el esmalte dental (23 casos). El mayor o menor grado estaba en consonancia con la dosis total administrada al paciente. Las regiones afectadas por la pigmentación, y al igual que la tetraciclina, presentaban una fluorescencia amarilla al ser sometidas a la luz ultravioleta, así como un espectro ultravioleta característico con un máximo de absorción de 270 m. Bajo el efecto de la luz el pigmento amarillo experimentaba una transformación hasta convertirse en una materia colorante parda. En el aspecto histológico, tanto el pigmento como su producto de transformación pudieron comprobarse en el esmalte dental; se consideró característica una línea fina intensamente amarilla situada en la dentina y muy cerca de la periferia de ésta. Se plantea el problema de si esta pigmentación afectará después al resto de la dentadura. Ha de tenerse en cuenta esta posibilidad cuando se prescriben dosis de tetraciclina en el período de la calcificación de los demás dientes entre el segundo mes y el segundo año de la vida del niño. La importancia radica ante todo en un peligro acrecentado de caries para las piezas afectadas. La oxitetraciclina parece, como ha podido comprobarse en ocho casos infantiles adicionales, no ejercer ningún efecto de pigmentación similar al que citamos.—T. Gálvez.

(«Lancet», 7234, 827, 1962.)

¿ES TERATOGENA LA TETRACICLINA?

Aún se ignora de manera fehaciente si la tetraciclina produce malformaciones en los miembros de los niños, pero es bien sabido que este antibiótico se incorpora al esqueleto en crecimiento del animal de laboratorio. Algunos autores anglosajones como Hilton, Weeyman y Porteus, han descrito decoloraciones en los dientes luego de la administración de tetraciclina a los niños. Parece ser posible entonces que los mismos efectos se hiciesen sentir a nivel de los huesos (Brit. Med. Jour., 1962, 1.728).

Los estudiantes de la Facultad de Medicina de Madrid han formado una simpática Bolsa Universitaria de Trabajo (B. U. T.), en la que desde el pasado mes de febrero hay inscritos más de 500, de uno y otro sexo, prestando los más variados servicios, desde traducciones hasta vigilancia de almacenes y cuidado de niños. Basta llamar al teléfono 244 04 43, de doce a dos.