

10. LUMBALGIA Y CONDUCCIÓN, COMPRESIÓN MEDULAR NO TRAUMÁTICA Y SU INTERFERENCIA AL VOLANTE

La lumbalgia es un proceso frecuente originado por lesiones en la columna lumbar y las raíces nerviosas espinales.

Su incidencia se estima entre un 65-80%, y es la causa más frecuente de incapacidad laboral en personas por debajo de los 45 años.

LUMBALGIA AGUDA

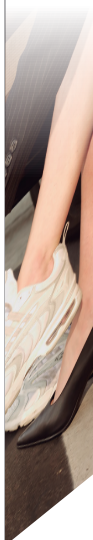
Relacionada con múltiples causas como:

- ▶ Esfuerzos intensos, que provocan dolor localizado con contractura muscular espinal no irradiada.
- ▶ Fracturas vertebrales, por caídas sobre las piernas o en flexión forzada, siendo más vulnerables los pacientes con osteoporosis, enfermedad de Cushing, osteopatías, hiperparatiroidismo, metástasis óseas, mieloma múltiple y enfermedad de Paget.
- ▶ Protuberancia de los discos intervertebrales lumbares, sobre todo L5-S1 y L4-L5, que provoca dolor de espalda, posturas anormales y limitación del movimiento. La afectación de las raíces nerviosas produce dolor que suele ser unilateral y se acompaña de trastornos de la sensibilidad.
- ▶ Síndrome de las carillas intervertebrales articulares, por compresión de las raíces nerviosas sin discopatía.
- ▶ Enfermedades de la cadera, que pueden producir dolor irradiado hasta glúteos y rodillas.

LUMBALGIA CRÓNICA

Asociada con frecuencia a:

- ▶ Espondiloartrosis lumbar, por proceso degenerativo de las vértebras lumbares que produce exóstosis, estrechamiento del canal medular y compresión de las raíces nerviosas.
- ▶ Espondilitis anquilosante, con lumbalgia irradiada a los muslos, limitación de los movimientos y rigidez, que evoluciona hasta disminuir la movilidad torácica y la flexión de la columna dorsal.
- ▶ La artritis psoriásica, el síndrome de Reiter y la enfermedad inflamatoria intestinal producen un patrón semejante de limitación de los movimientos.
- ▶ La espondilolistesis produce dolor lumbar recidivante que se puede irradiar con frecuencia a las extremidades inferiores.
- ▶ Las posturas inadecuadas pueden motivar dolor lumbar por sobrecarga de músculos y ligamentos, aunque pueden ser secundarias a alteración discal. La hiperlordosis lumbar que se produce por permanecer mucho tiempo de pie, las inclinaciones forzadas de la espalda y cuello en ordenadores mal colocados y sin reposapiés o sentarse mal pueden provocar lumbalgia.
- ▶ Las alteraciones estáticas de las extremidades inferiores por pies planos o cavos, que fuerzan la columna para compensar la postura, producen dolor lumbar.
- ▶ La escoliosis y las asimetrías de miembros inferiores no compensadas establecen el dolor.



10. LUMBALGIA Y CONDUCCIÓN, COMPRESIÓN MEDULAR...

El tratamiento médico es causal y sintomático con analgésicos, relajantes musculares y antiinflamatorios.

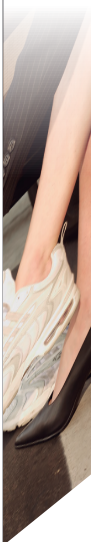
COMPRESIONES NO TRAUMÁTICAS DE LA MÉDULA ESPINAL

Su origen es múltiple, extradural por metástasis vertebrales o intradural por tumores benignos extramedulares, neurinomas y meningiomas.

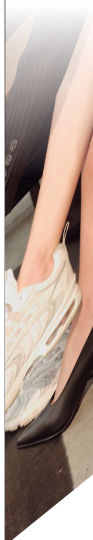
- ▶ El *síndrome lesional* se manifiesta por la afectación de una o varias raíces a nivel de la compresión, con dolores radiculares que suelen ser vivos, fijos, resistentes al tratamiento y que se exacerban con las maniobras de Valsalva. Puede asociarse hipoestesia en banda, parálisis amiotrófica y abolición o inversión del reflejo tendinoso, signo determinante en las compresiones de la médula cervical.
- ▶ El *síndrome sublesional* produce trastornos motores que al principio alteran la marcha de forma intermitente, con vacilación de un miembro y fatiga de la pierna después del movimiento, unilateral al principio y luego bilateral. Más tarde los trastornos se hacen permanentes y la marcha es rígida, espástica y por último imposible. Los signos sensitivos son dolor de presión y parestesias múltiples distal al nivel de la lesión, y suelen ser retardados con respecto a los signos motores. Se altera más la sensibilidad térmica y dolorosa que la de posición. La sintomatología sensitiva se agrava lentamente hasta acabar en una anestesia completa de la zona sublesional. Los trastornos esfinterianos son relativamente tardíos y producen un deseo imperioso y frecuente de orinar que limitará la conducción.
- ▶ El *síndrome raquídeo* se caracteriza por rigidez segmentaria del raquis principalmente cervical y lumbar, deformación dolorosa y dolor a la presión de las apófisis espinosas.

Consejo sobre lumbalgia aguda y lumbalgia crónica

- ▶ La rehabilitación y las recomendaciones para prevenir reagudizaciones incluyen los consejos en la conducción.
- ▶ Mientras el paciente se encuentre con síntomas, como dolor, pérdida de fuerza y alteraciones sensitivas, no puede conducir.
- ▶ Se aconseja reposo, fisioterapia con masajes y recomendaciones para prevenir reagudizaciones incluyendo los consejos en la conducción.
- ▶ Un conductor que se sienta inadecuadamente al volante puede favorecer la aparición de dolor lumbar, o empeorar el existente.
- ▶ El paciente, por lo tanto, debe evitar las sillas bajas, blandas y los cojines debajo de las rodillas.
- ▶ El vehículo debe tener un asiento alto, cómodo, con el respaldo recto y un buen apoyo del salvacuellos.
- ▶ El dolor y las limitaciones neurológicas o de los movimientos harán que el médico pueda desaconsejar la conducción.
- ▶ Si el paciente está pasando por un periodo de ansiedad o estrés, todos los síntomas se acentúan y el control del vehículo disminuye.
- ▶ Los medicamentos utilizados en el tratamiento sintomático de estos cuadros clínicos tienen con frecuencia efecto sedante, como es el caso de las benzodiazepinas y los tranquilizantes mayores.
- ▶ El médico debe advertir al paciente que, aunque haya mejorado de la sintomatología y ya pueda conducir, el tratamiento de mantenimiento le puede producir efectos secundarios importantes y peligrosos, que pueden retrasar el inicio de la conducción hasta que las dosis disminuyan o el tratamiento se retire.



10. LUMBALGIA Y CONDUCCIÓN, COMPRESIÓN MEDULAR...



Consejo sobre compresiones no traumáticas de la médula espinal

- ▶ La pérdida de fuerza, el dolor y las alteraciones sensitivas y motoras impiden los movimientos para el adecuado control de los mandos del vehículo, por lo que no se puede conducir.
- ▶ El dolor y las limitaciones neurológicas o de los movimientos harán que el médico pueda desaconsejar la conducción.
- ▶ Mientras el paciente se encuentre con síntomas, como dolor, pérdida de fuerza y alteraciones sensitivas, con interferencia en la seguridad al volante, no puede conducir.
- ▶ La descompresión quirúrgica de la médula espinal requiere un periodo posterior más o menos prolongado de recuperación funcional y de seguridad, en el que no se puede conducir hasta que el especialista informe favorablemente de ello.
- ▶ El especialista indicará en cada caso, dependiendo del tratamiento requerido para cada enfermedad, la capacidad del paciente para poder conducir, e informará de ello en cada revisión.
- ▶ Si quedan secuelas, deberán ser valoradas por su posible interferencia con la conducción y se informará de las mismas, así como de la posibilidad de recuperación en el tiempo.
- ▶ Después de la cirugía, queda a criterio médico el periodo de convalecencia para poder conducir sin limitaciones.
- ▶ Las incapacidades permanentes pueden ser evaluadas con el informe del médico especialista, para intentar adaptar el vehículo al conductor y permitir la conducción con las restricciones que marca la ley para cada caso.