

Relación entre las alteraciones del tránsito intestinal y lumbalgias

Sabrina Medina*, Facundo Victoriano & Andrea Andreotti

Escuela Osteopática de Buenos Aires

*Contacto: medinsabrina63@gmail.com

Resumen: Las lumbalgias aparecen y desaparecen siguiendo un ritmo de las alteraciones intestinales. La musculatura intestinal puede permanecer en visceros espasmo por horas y relajarse sin razón conocida. Así mismo en pacientes con colonopatía, el nivel metamérico dorsal bajo y lumbar alto se encuentra facilitado afectando el miotoma correspondiente a la musculatura paravertebral lumbar. Cuando el tránsito colónico está perturbado, el quilo y las heces se estancan, causando fenómenos irritativos locales y posibles focos infecciosos, el estreñimiento es a menudo el resultado de una atonía colónica de causas múltiples. El colon es un músculo que puede espasmodizarse el cual entorpece el tránsito y la circulación de los líquidos. Según Barral [1], en los problemas colónicos con frecuencia se encuentran fijaciones lumbares y sacroiliacas. Encontramos limitaciones en nuestros resultados al no encontrar un porcentaje mayoritario de coincidencia entre el dolor lumbar y las alteraciones intestinales pero encontramos imprescindible continuar con investigaciones acerca de este tema por su relación anatómica de relevancia en el tratamiento osteopático.

Palabras clave: Osteopatía, Alteraciones del tránsito intestinal, Psoas Ilíaco, Etiología del dolor lumbar, Factor nutricional.

Title: Relation between intestinal transit disorders and lumbago.

Abstract: Low back pain appears and disappears following a rhythm of intestinal disorders. The intestinal musculature can remain in viscospasm for hours and relax for no known reason. Likewise, in patients with colonopathy, the low dorsal and high lumbar metameric level is facilitated by affecting the myotoma corresponding to the lumbar paravertebral musculature. When colonic transit is disturbed, chylon and feces stagnate, causing local irritative phenomena and possible infectious foci, constipation is often the result of colonic atony of multiple causes. The colon is a muscle that can be spasmodized which hinders the transit and circulation of fluids. According to Barral, colonic problems often include lumbar and sacroiliac fixations. We found limitations in our results because we did not find a majority percentage of coincidence between low back pain and intestinal alterations, but we found it essential to continue with research on this subject due to its anatomical relationship of relevance in osteopathic treatment.

Keywords: Osteopathy, Intestinal transit disorders, Psoas iliacus, Etiology of low back pain, Nutritional factor.

Dentro de los motivos de consulta más comunes se encuentra la lumbalgia. El dolor

lumbar frecuentemente es tratado en el servicio de Kinesiología, el tratamiento se efectúa de manera

Relación entre las alteraciones del tránsito intestinal y lumbalgias

local sin antes realizar una evaluación global para identificar o descartar el posible origen visceral de dicha patología. El sistema visceral depende de la sincronía existente entre la movilidad de los órganos y demás estructuras corporales. Para un estado óptimo de salud las relaciones armoniosas se mantienen a pesar de la gran variedad de movimientos del cuerpo. Un tono anormal, adherencias o desplazamientos dan como resultado que un órgano no pueda moverse armoniosamente y hacen que trabaje contra los demás órganos, fascias, membranas y estructuras músculo-esqueléticas, creando así puntos de tensión, haciendo que el cuerpo trabaje en torno a ellos, y así continuamente provocará una irritación crónica, la cual prepara el terreno para enfermedades y disfunciones. Al afectarse la sincronía entre vísceras y esto sumado a un tratamiento no dirigido a la causa real de la patología, los signos y síntomas del lumbago reaparecen en las personas afectadas y por ende existen limitaciones al realizar sus actividades con normalidad. El colon se extiende del ciego al recto, su longitud media es de 1,50 m y su calibre disminuye desde el ciego hasta el ano.

Ciego: este fondo de saco abierto hacia arriba puede contener 200-300 cm³ de heces. Está situado en la fosa Iliaca derecha. Se relaciona con el arco femoral y el psoas ilíaco.

Colon ascendente: sus relaciones son las siguientes: por detrás con la fosa iliaca, la fosa lumbar y la extremidad inferior del riñón derecho. La fascia de Toldt lo separa de la fosa ilíaca, de la

aponeurosis del cuadrado lumbar y de la fascia perirrenal. Por fuera se relaciona con la pared lateral del abdomen y del diafragma.

Ángulo hepático: se sitúa entre el riñón derecho por detrás y el hígado por delante. Por fuera se relaciona con el diafragma, al cual está unido por el ligamento frenocólico derecho.

Colon Transverso: corre oblicuamente hacia la izquierda y hacia arriba. Puede adquirir diversas formas. Cuando es de tipo normal se sitúa entre dos planos: el superior pasa por la 9 costilla y el inferior por el ombligo.

Ángulo esplénico: se sitúa a la altura de la costilla 8. Por fuera se relaciona con el diafragma, la pared lateral del abdomen y las costillas.

Colon descendente: empieza en el ángulo esplénico y termina a la altura de la cresta ilíaca. Situado en un espacio entre el riñón izquierdo y la pared abdominal con la cual se relaciona mediante la fascia de Toldt.

Colon Iliopélvico: el colon ilíaco es fijo, mientras que el pelviano es móvil.

Colon Iliaco: empieza en la parte posterosuperior de la fosa ilíaca interna, se dirige hacia abajo siguiendo el borde externo del psoas izquierdo, hasta 3-4 cm del arco crural. Cruza la cara anterior del psoas, para pasar a la excavación pelviana. Por detrás se relaciona con la fascia iliaca, la lámina de Toldt y los vasos ilíacos externos que corren por el borde interno del psoas.

Colon Sigmoide: empieza en el borde interno del psoas izquierdo y termina en el recto al que se une a la altura de S3.

Articulaciones Viscerales - Medios de Unión

Las partes más móviles del colon son el transverso y el colon iliopelviano. Estas partes están conectadas a la pared abdominal posterior por mesos que les permiten hacer desplazamientos proporcionales a su longitud.

El Ciego es móvil, pero está unido arriba por un repliegue del peritoneo, que conecta el colon con la pared abdominal posterior; por abajo y adentro, está sostenido por la parte inferior del mesenterio.

Al colon ascendente, en dos tercios de los casos, el peritoneo lo mantiene pegado a la fosa lumbar. Aquí el peritoneo está reforzado por un tejido celular denso que reviste la cara anterior del colon y lo adosa contra la pared, es la fascia de Toldt.

El ángulo hepático está mantenido en su sitio por el peritoneo, al cual refuerzan tres repliegues serosos, el ligamento hepatocólico derecho. El ligamento cistoduodenocólico y el ligamento frenocólico derecho que lo une al diafragma.

El mesocolon transverso es un tabique horizontal que se dispone entre el estómago y el intestino delgado, pasa por encima del ángulo duodenoyeyunal y termina en el diafragma con el ligamento frenocólico izquierdo.

El ángulo esplénico está unido al diafragma por el ligamento frenocólico izquierdo.

El colon descendente está adosado a la pared por la fascia de Toldt.

El mesocolon pelviano presenta una inserción parietal más corta que su inserción visceral. Desde el borde posterior de la cresta iliaca se dirige hacia abajo y adelante y luego hacia adentro cruzando el psoas, sigue el borde interno de este para dirigirse hacia arriba y adentro hasta L4-L5. Se incurva una vez más hacia abajo y adentro, cruzando la arteria ilíaca primitiva, y se dispone en el eje medio a la altura de L5-S1, hasta L3 donde termina.

Fisiología del Movimiento

En cuanto a la Movilidad nos interesan los ángulos cólicos conectados directamente al diafragma por los ligamentos freno cólicos. Durante la inspiración estos se dirigen hacia abajo y ligeramente hacia adentro, hacia adelante.

La Motilidad, corresponde a un movimiento inherente de la víscera. Los ángulos son los más afectados por la movilidad. La Motilidad general corresponde a un movimiento amplio de rotación, en el sentido de las agujas del reloj, e inversamente, partiendo desde el ciego.

El marco cólico es móvil al nivel:

- del ciego
- del colon transverso, sobre todo a la izquierda
- del colon sigmoide

El colon ascendente y el descendente están unidos a la pared abdominal posterior por las fascias de Toldt derecha e izquierda. Como lo explican L. Testut y O. Jacob [2], esas adherencias fasciales son primordiales. Impiden

cualquier torsión del colon y de este modo evitan oclusiones. La inserción de los ángulos cólicos sobre las costillas permite, durante los movimientos respiratorios, la movilización de las materias que se sitúan en el interior de dichos ángulos. Los ángulos cólicos están en relación con la pared abdominal superior y los órganos vecinos.

Cuando el tránsito colónico está perturbado, el quilo y las heces se estancan, causando fenómenos irritativos locales y posibles focos infecciosos, el estreñimiento es a menudo el resultado de una atonía colónica de causas múltiples. Algunos estreñimientos son de origen mecánico.

El colon es un órgano que puede espasmodizarse entorpeciendo el tránsito y la circulación de los líquidos. Según Barral [1] en los problemas colónicos con frecuencia se encuentran fijaciones lumbares y sacroilíacas.

Magga Cort [3] sugiere que, debido a la proximidad espacial de todo el colon con el músculo psoas iliaco, los productos metabólicos finales pueden depositarse en las fascias del psoas a través de las uniones faciales pudiendo generar adherencias y disminución de la elasticidad aumentando el tono del psoas lo que tiene un efecto sobre la Columna Lumbar.

Partiendo de todo lo explicado, el objetivo de este estudio es comprobar la relación entre las alteraciones del tránsito intestinal como posible generador de dolores irradiados hacia la columna lumbar, considerando también el factor alimentario.

Método

Diseño

El presente estudio de tipo observacional transversal descriptivo se llevó a cabo en la Provincia de Buenos Aires, en los meses de septiembre y octubre del año 2019. La población a encuestar fue seleccionada al azar.

La muestra es no probabilística, y los participantes fueron encuestados con un formulario estructurado (formulario Google), donde se indagaba sobre la posible existencia de lumbalgias y algunas variables que podrían ser causa de alteraciones de tránsito intestinal, con el fin de evidenciar la relación de los síntomas.

Participantes

Se le envió la encuesta a un total de 60 personas seleccionadas al azar, de las cuales respondieron 37, de ambos sexos, con edades entre 19 y 70 años.

Resultados

Los resultados fueron los siguientes:

Gráfico 1. Sexo de los participantes

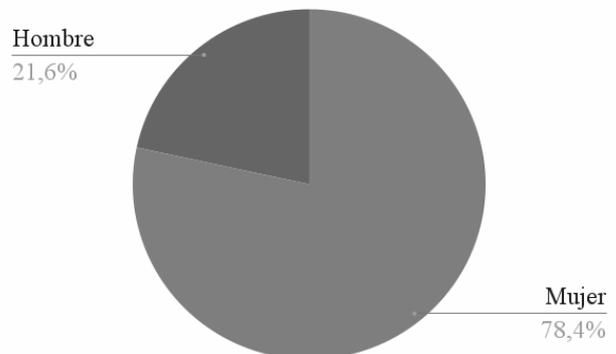
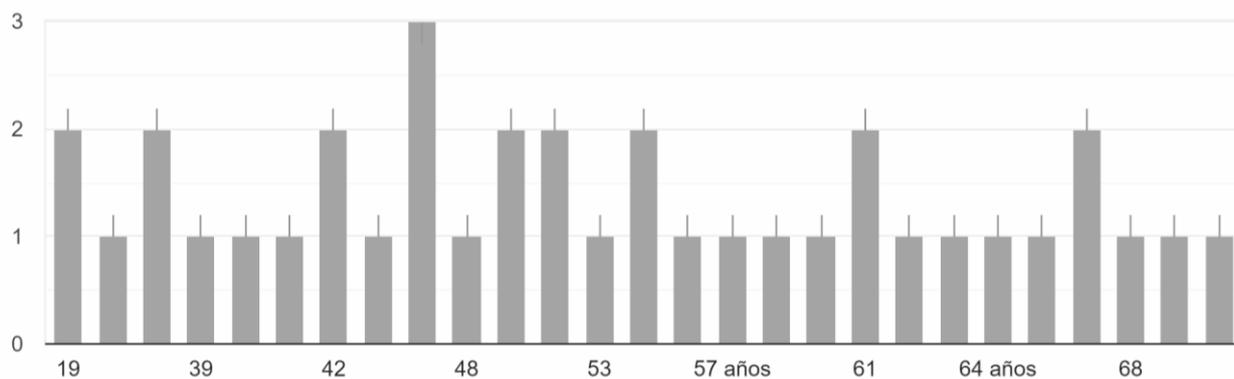
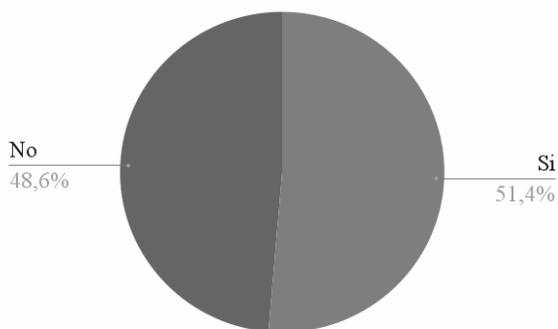


Gráfico 2. Edades de los participantes



El análisis de los datos determina que la edad de los participantes oscila entre los 19 y 70 años, siendo entre los 42 y los 50 años la franja más participativa, predominantemente del sexo femenino.

Gráfico 3. Porcentajes de dolor en la zona lumbar y espalda baja.



En cuanto a la presencia de dolor lumbar un 51,4 % afirma tenerlo.

Gráfico 4. Cantidad de veces que los participantes van de cuerpo.

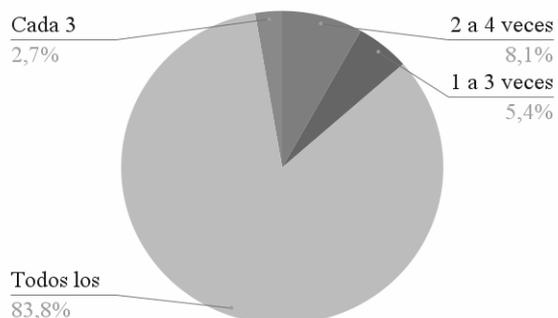
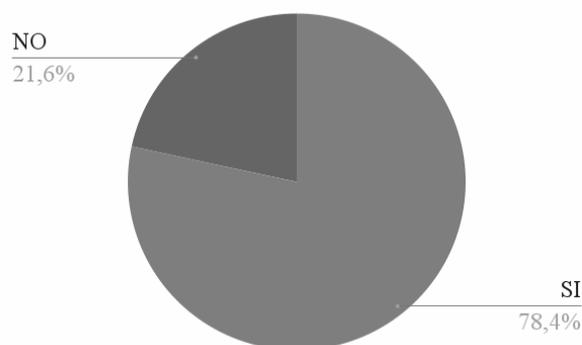
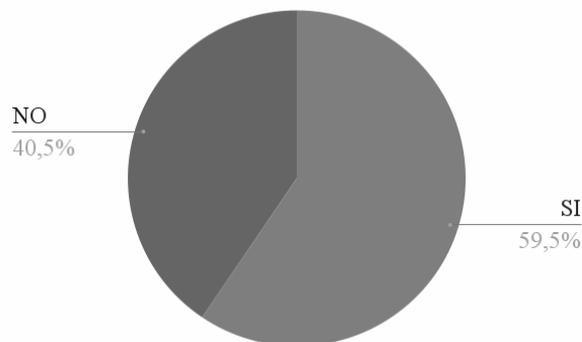


Gráfico 5. Porcentajes de participantes con dificultades de tránsito intestinal. Pregunta: ¿Le cuesta ir de cuerpo?



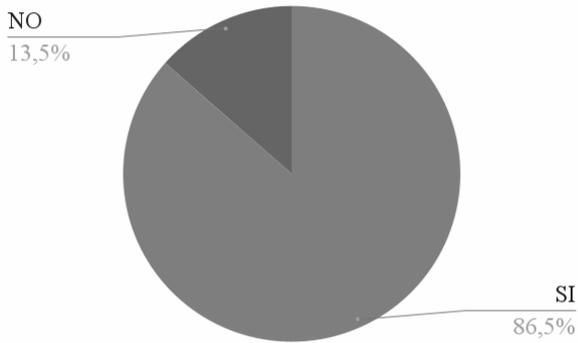
En cuanto a los síntomas intestinales, el 21,6% afirma tener dificultades de tránsito intestinal aunque, de éstos, el 83,8% afirma hacer sus deposiciones una vez al día y un 59% no presenta síntoma de congestión abdominal.

Gráfico 6. Porcentaje de participantes que sienten congestión abdominal.



Relación entre las alteraciones del tránsito intestinal y lumbalgias

Gráfico 7. Porcentajes de participantes que consideran que su dolor abdominal coincide con la alteración de las disposiciones.



El 86,5% no relaciona la lumbalgia con las dificultades del tránsito intestinal, mientras que un 59,5% afirmó no sentir congestión abdominal y 40,5% que sí.

Discusión

Debido a que la osteopatía aún se encuentra como un tipo de medicina alternativa y en crecimiento, creemos correcto aportar estos datos en relación a las alteraciones intestinales con el sistema osteo-muscular ya que debe analizarse al sistema visceral y su íntima relación con muchos cuadros de lumbalgias, ya que consideramos al individuo como una unidad estructural y funcional, y que la funcionalidad visceral está determinada por su movilidad fisiológica, su buena vascularización y su correcta inervación neurovegetativa. Las vísceras tienen un movimiento propio y así mismo deben adaptarse a los distintos movimientos corporales en relación a la modificación de su motricidad.

La lesión visceral como hipomovilidad determina una disminución de la motilidad de la víscera con la consecuente afectación de su orientación y su función. Puede producirse por una alteración del tejido constitutivo del órgano que pierde la elasticidad necesaria para cumplir su función o desequilibrios de las tensiones mecánicas, ocasionando puntos de fijación.

La buena relación contenido (víscera)-continente (osteo-artro-muscular) es indispensable para la organización general corporal y el mantenimiento de una estática adecuada. Las vísceras se encuentran ligadas al sistema musculoesquelético, de lo que se induce que, la alteración de la movilidad del mismo influirá en la función visceral.

Después de llevar a cabo el estudio observacional transversal, hemos hallado entre la franja de 42 a 50 años como la población blanco de un estudio posterior que permita obtener una media significativa para el sexo femenino.

Otro dato para resaltar es que el 51,4% de la población analizada manifiesta tener dolor lumbar, aunque no lo relacione a la alteración intestinal.

Podemos afirmar que dentro del 40,5% que refiere padecer congestión abdominal, el 86,5% no reconoce este síntoma como factor predisponente al dolor lumbar.

Encontramos limitaciones en nuestros resultados al no hallar un porcentaje mayoritario de coincidencia entre el dolor lumbar y las alteraciones intestinales, pero

creemos imprescindible continuar con investigaciones acerca de este tema por su relación anatómica y funcional de relevancia en el tratamiento osteopático.

Referencias

1. Barral JP, Mercier P. Manipulaciones viscerales. Tomo 1. Elsevier España; 2009.
2. Testut L, Jacob O. Tratado de anatomía topográfica con aplicaciones médicoquirúrgicas: abdomen, pelvis, miembros. Tomo 2; 1986.
3. Corts M. Manual de diagnóstico en osteopatía; 2014.
4. Busquets L. Las Cadenas Musculares. Tomo VI. Paidotribo Editorial; 2006.
5. Kim Burton A. How to prevent low back pain. Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2005;19:541-555. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2005.03.001>
6. Carragee E, et al. Diagnostic evaluation of low back pain. Orthop ClinNAM. 2004;35:7 16. [https://doi.org/10.1016/S0030-5898\(03\)00099-3](https://doi.org/10.1016/S0030-5898(03)00099-3)
7. Deyo R, et al. Low back pain. N Engl JMed. 2001;344:363-370. <https://doi.org/10.1056/NEJM200102013440508>
8. Atlas S, et al. Evaluation and treatment of low back pain: an evidence-based approach to clinical care. Muscle Nerve. 2003;27:265-284. <https://doi.org/10.1002/mus.10311>
9. Ochoa G. Dolor Lumbar: Una re-evaluación de los conceptos. MEDUNAB. 2001;4:87- 116.
10. Chou R, et al. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Ann Intern Med. 2007;147:478-491. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-7-200710020-00006>
11. Kovacs F., Llobera J., Gil M., et al. Validation of the Spanish Version of the Roland-Morris Questionnaire. Spine. 2002;27:538-542. <https://doi.org/10.1097/00007632-200203010-00016>
12. Lugo L., Garcia H., Gomez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2006;24(2).
13. Vilaguta G., Ferrera M., Rajmilb L., et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. 2005;19(2):135-50. <https://doi.org/10.1157/13074369>
14. Bronfort G, et al. Efficacy of spinal manipulation and mobilization for lowback pain and neck pain: a systematic review and

best evidence synthesis. Spine Journal. 2004;4:335-356.

<https://doi.org/10.1016/j.spinee.2003.06.002>

15. Williams N, et al. Randomized osteopathic manipulation study (ROMANS): pragmatic trial for spinal pain in primary care. Family Practice. 2003;20:662-669.

<https://doi.org/10.1093/fampra/cm607>

16. Van Tulder M, et al. Conservative Treatment of Acute and Chronic Nonspecific Low Back Pain: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials of the Most Common Interventions. Spine. 1997;22(18):2128-2156.

<https://doi.org/10.1097/00007632-199709150-00012>

17. Van tulder M. Low back pain. Best Prac and research clin rheum. 2002;16(5):761-75.

<https://doi.org/10.1053/berh.2002.0267>

18. Andersson G, et al. A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain. NEngl JMed. 1999;341:1426-31.

<https://doi.org/10.1056/NEJM199911043411903>

19. Andersson GBJ, Svensson HO, Oden A. The intensity of work recovery in low back pain. Spine. 1983;8:880-4.

<https://doi.org/10.1097/00007632-198311000-00011>