



FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

**Tema: “Caracterización clínica de lesiones discales en
región cervical en pacientes de 25 a 60 años en la Ciudad
Capital de La Rioja”**

Autora: Manrique García Flavia

Matricula:12492

Tutor: Lic. Guerra Paola

Asesora metodológica: Lic. Cubilo María Ernestina

Año: 2015

PÁGINA DE APROBACIÓN

EVALUACIÓN DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

Clasificación: _____

DEFENSA ORAL DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

Clasificación: _____

Tribunal Examinador

Vocal

Presidente

Vocal

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer infinitamente a mis padres, Alicia y Carlos, por todo el sacrificio que hacen por mí y mis hermanas y hermano, por apoyarme en todas mis decisiones que tomo, confiar siempre en mí y enseñarme desde la primaria la importancia de la educación. Muchas gracias por todo el amor que me dan todos los días. Los amo.

A mis hermanas, Romina y Yamila, por siempre acompañarme y ser mis amigas en todo momento, alentándome a seguir y confiando siempre en mí. Las amo hermanas.

A mi hermano Carlitos, por estar siempre aconsejándome y ser mi primer paciente. Gracias por ser mi amigo y poder aprender todos los días con vos. Te amo hermano.

A mis amigas de toda la vida, Cecilia Cocha, Rocío Luna y Cecilia Bazán, gracias por apoyarme y estar siempre, cada vez que las necesite, en las buenas y en las malas. Las quiero mucho.

A mis compañeros de estudio, amigos y licenciados, Jimena Molina, Daniela Vergari, Dora Soria, María de los Ángeles Guzmán, Juan Herrera, Nahuel Castro, Natalia Bazán, Candela Fuentes, Mayra Cordero. Gracias por compartir entre cada juntada de estudio, mates, risas, retos, tristezas, salidas y consejos. Los quiero mucho.

A mi novio, Leonardo Casas, gracias por acompañarme, aconsejarme y cuidarme, y estar cuando te necesite. Te quiero mucho.

A cada uno de los profesores de la carrera que me brindaron su conocimiento y experiencia, ayudándome a formarme como profesional en todos estos años de estudio.

A mi tutora Lic. Paola Guerra, por aceptar guiarme y acompañarme en la realización de mi tesis, muchas gracias.

Agradecer además a mis tíos Felipe y Ángela, y a mi primo Alexis, por apoyarme a la distancia en mi carrera, y saber que siempre podemos contar con ustedes.

A mi padrino, Marcos, por confiar en mí, sé que estarás orgulloso de todos mis proyectos y logros. Siempre estarás en mi corazón!

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivos: Investigar las características clínicas y tratamiento kinésico de pacientes con lesiones discales en la región cervical en la Ciudad Capital de La Rioja. Las características son: el sexo predominante, la edad más frecuente; el nivel cervical más afectado, el tipo de lesión discal; causas de mayor prevalencia, así como determinar el porcentaje de pacientes que realizaron tratamiento kinésico y quirúrgico.

Se utilizó un diseño de estudio descriptivo, retrospectivo. La investigación extrajo datos de historias clínicas completas de los pacientes, con sus respectivos estudios complementarios, como RX, RMN y TAC y ficha de cirugía; volcado en una ficha de recolección de datos para su posterior análisis. La investigación se llevó a cabo en Estadística y Servicio de Neurología del Hospital General Dr. Enrique Vera Barros, KinesioSport, Consultorio de la Licenciada Daniela Vergari, Consultorio del neurocirujano Dr. Fernando Flores de la Ciudad Capital de La Rioja. La muestra está conformada por setenta y seis (76) casos.

Las características de dichos pacientes fueron: *edad* predominante entre 46 a 55 años con el 40,8% con un total de 31 casos entre ambos sexos; el *sexo* predominante fue el femenino con un total de 50 pacientes (66%) con relación al masculino con un total de 26 pacientes (34%); el *segmento cervical* más afectado fue segmentos varios (correspondiendo desde C2 a C7) con un 39,5 %, seguido de menor frecuencia el segmento C5-C6 con un 32,9%; la *lesión discal* más frecuente es la protrusión representando un 40,79% del total de la muestra, y en menor medida las hernias sin especificar, representando un 26,32%; la *causa* de mayor frecuencia de lesiones en el disco intervertebral cervical, fue la mala postura con un 68,4%; los pacientes que *realizaron tratamiento kinésico*, fue representado por un total de 47,37%, de los cuales el 11,84% se sometió a una *cirugía*.

Conclusión: la labor del kinesiólogo es de suma importancia para mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta patología, utilizando la masoterapia, tracciones, higiene postural, entre otras técnicas. Además es beneficioso trabajar en conjunto con el traumatólogo, neurocirujano, determinando un diagnóstico certero y temprano, agotando todos los recursos para evitar la cirugía, y en el caso de realizarse la misma, nuevamente el kinesiólogo se hace presente en el postoperatorio para continuar con la recuperación total del paciente.

ABSTRACT

The objectives in the present research were: investigate the characteristics clinics and treatment physiotherapy of patients with disc lesions in the cervical region in the Capital City of La Rioja. The characteristics clinics were: predominant sex, age; the most affected cervical level, the type of disc injury; causes of higher prevalence, as well as determine the percentage of patients that made treatment physiotherapy and surgical.

A retrospective descriptive study design was used. Research extracted data of complete medical records of patients, with their respective complementary studies, such as RX, MRI and CT and surgery tab; dump on a tab of the collection of data for further analysis. The research was conducted in Statistics and the service of Neurology of the Hospital General Dr. Enrique Vera Barros, KinesioSport, Office of the graduate Daniela Vergari and clinic neurosurgeon Dr. Fernando Flores of the city Capital of La Rioja. The sample is composed of seventy-six (76) cases.

The results were: age predominantly between 46 to 55 years with 40.8% with a total of 31 cases between the sexes; the predominant sex was the female with a total of 50 patients (66%) compared to men with a total of 26 patients (34%); the cervical segment most affected was several segments (corresponding from C2 to C7) with a 39.5%, followed by lower frequency segment C5-C6 with 32.9%; the most common disc injury is protrusion representing 40,79% of the total sample, and to a lesser extent hernias them unspecified, representing 26.32%; the cause of increased frequency of cervical intervertebral disc injuries, was poor posture with a 68.4%; patients who were treatment physiotherapy, was represented by a total of 47,37%, of which the 11.84% underwent a surgery.

Conclusion: the work of physical therapists is of utmost importance to improve the quality of life of patients with this pathology, using massage therapy, traction, postural hygiene, among other techniques. It is also beneficial to work together with the neurologist, orthopedic surgeon, neurosurgeon, determining an accurate and early diagnosis, exhausting all resources to prevent the same surgery, again the physiotherapist is made present in the postoperative period to continue with total recovery of the patient.

INTRODUCCION

A medida que los discos pierden su contenido de agua debido a una enfermedad o a la edad, pierden su altura, acercando las vértebras entre sí. Como resultado, las aperturas de los nervios de la columna vertebral se estrechan. Cuando esto ocurre, los discos no absorben los impactos producidos por el movimiento habitual, particularmente cuando el paciente camina, corre o salta. El deterioro, una postura deficiente y los movimientos incorrectos del cuerpo también pueden debilitar el disco, causando la degeneración del mismo. (Medtronic Ibérica. 2010)

Entre los 25 y 60 años de edad, la persona se encuentra en plena actividad social, laboral y deportiva aumentando sus posibilidades de sufrir lesiones en columna vertebral, entre ellas diferentes lesiones discales en columna cervical. Estas patologías llevan al paciente a una limitación de sus actividades de la vida diaria; destacando así la labor del kinesiólogo para aliviar el dolor y evitar la progresión de la lesión, evitando en algunos casos la cirugía en columna cervical.

El dolor cervical es una causa muy común de consulta entre los pacientes y se ha reportado que hasta el 66% de las personas lo sufren en algún momento de su vida. (Barrenechea, I. 2011) En un estudio poblacional en Rochester, Minnesota, EE.UU., la prevalencia de radiculopatía cervical fue de 107,3 hombres y 63,5 mujeres por 100.000 habitantes, de los cuales el 5,5% eran por hernias de disco cervicales. Considerando las hernias cervicales sintomáticas, aquellas que cursan con radiculopatía, las hernias de disco cervicales son más frecuentes en la cuarta y quinta década de la vida y la localización más frecuente es en el nivel C6-C7(60%), seguido del C5-C6(20%) y del C4-C5; siendo la raíz C7 la más afectada.

Dentro de los factores asociados se encuentran las actividades laborales pesadas, fumadores, sexo masculino y participación de deportes acuáticos. Sin embargo se pueden observar hernias de disco cervicales asintomáticas en el 10% de los individuos menores de 40 años y hasta en el 5% de los mayores de 40 años. (Ramírez; Montes. 2010).

En el presente trabajo se buscó investigar las características clínicas de las lesiones discales en región cervical de la población de la Capital de La Rioja, ya que son patologías que además de contar con una degeneración fisiológica mayor que en región lumbar, han incrementado su frecuencia debido a las exigencias laborales de diferentes profesiones (levantar peso con posturas incorrectas, carga horaria), el ritmo de vida acelerado (sostener varios empleos) y el avance de las nuevas tecnologías en la actualidad (promueve el sedentarismo y malas posturas por largos periodos de tiempo), afectando en gran medida los discos intervertebrales de la columna cervical, considerando que su diagnóstico diferencial es dificultoso con otras entidades musculares o neurológicas en esta región, trayendo como consecuencia un diagnóstico tardío en algunos casos, llegando fácilmente a la instancia del tratamiento quirúrgico, pasando por alto o con bajos resultados el tratamiento kinésico, tan importante para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

MARCO TEORICO

El dolor de columna vertebral resulta uno de los padecimientos más comunes entre las personas, ya sea por mala postura en el trabajo, lesiones deportivas o por accidentes en el hogar. Los movimientos más limitados son la rotación y la inclinación lateral en columna cervical. Considerando los espacios de mayor movilidad son: C4-C5-C6, por ello son los segmentos más frecuentes en lesionarse. (Médica sur. 2013).

Anatomía de columna cervical

Vértebras cervicales: la columna vertebral cervical está compuesta de siete vertebra superpuestas y articuladas entre sí. Se designan con los nombres C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7. En cuanto a sus características generales: cada vértebra cervical comprende un cuerpo, dos pedúnculos, dos láminas, una apófisis espinosa, cuatro apófisis articulares, dos apófisis transversas y un agujero vertebral. Encontramos características específicas de algunas vértebras cervicales: a) primera vértebra cervical o atlas: se extiende más transversalmente que las otras vértebras cervicales; está formada por dos masas laterales unidas por dos arcos óseos, uno anterior y otro posterior; estos diferentes elementos circunscriben el agujero vertebral. b) Axis: es la segunda vértebra cervical; posee un cuerpo (en donde se sitúa superiormente un voluminoso saliente vertical denominado diete de axis o apófisis odontoides destinado a articularse con el arco anterior del atlas), dos apófisis articulares, dos pedúnculos, dos apófisis transversas, dos láminas, apófisis espinosa y agujero vertebral. c) sexta vértebra cervical: el tubérculo anterior de las otras vertebra, se denomina tubérculo carotideo. d) vertebra prominente: la séptima vértebra cervical es una vértebra de transición entre las vértebras cervicales y torácicas; se denomina así por sus apófisis espinosas de un solo tubérculo largo y saliente. (Rouvière, D. 2008).

La amplitud articular de los movimientos normales de raquis cervical son: flexión cervical es 45°, extensión es 45°, lateralización 45-60°, rotación es 80 a 90° a cada lado.

Anatomía del disco intervertebral

La función del disco intervertebral es la de amortiguar y repartir las cargas que se generan en nuestra columna vertebral.

Se ubica entre la cara superior de un cuerpo vertebral y la cara inferior de la vértebra que se halla por encima. Está formado por:

a) Una parte central: *Núcleo pulposo*, de constitución gelatinosa que deriva embriológicamente de la cuerda dorsal del embrión; compuesta por un 88% de agua y por lo tanto muy hidrófila, y esta químicamente formada por una sustancia a base de mucopolisacáridos. Desde el punto histológico, el núcleo contiene fibras colágenas y células de aspecto condrocitario células conjuntivas y raras aglomeraciones de células cartilaginosas. No hay vasos ni nervios en el interior del núcleo, sin embargo esta tabicado por tractos fibrosos que parten de la periferia. No es central, en general se ubica entre el tercio medio y posterior de cada espacio intervertebral.

b) Una parte periférica: *Anillo fibroso*, formado por una sucesión de capas concéntricas de tejido fibroso de disposición helicoidal y fibras colágenas tipo I, más denso en la parte anterior; se ancla por las fibras de Sharpey al cuerpo. En el centro, en contacto con el núcleo, las fibras son casi horizontales, y describe un largo trayecto helicoidal de una meseta a otra, de este modo el núcleo se halla encerrado en un compartimiento inextensible entre las mesetas vertebrales por arriba y por abajo, y el anillo fibroso. (Kapandji. A. I. 2001).

Biomecánica del disco intervertebral

El disco intervertebral actúa en los movimientos vertebrales de la siguiente forma. En la extensión, la vértebra superior se desplaza hacia atrás, por lo que el núcleo, al ser comprimido, aumenta su grosor en su zona anterior, con lo que se produce un aumento del par de torsión en las fibras anteriores del anillo, que llegado a un límite hace que la vértebra superior deba recuperar su posición. En el movimiento de flexión el mecanismo es inverso al anterior. En la flexión lateral, el núcleo aumenta de grosor en el lado en que se produce la separación de las vértebras, produciéndose el mismo mecanismo en las fibras laterales del anillo fibroso. Durante los movimientos de rotación la biomecánica es totalmente diferente. Las fibras debidas a su oblicuidad tienen diferentes comportamientos. Aquellas que se oponen al movimiento se tensan, es decir, aumentan su par de torsión; por el contrario, las fibras que presentan una oblicuidad favorable a la torsión se relajan. Las fibras que se oponen a la rotación son las láminas centrales, por lo que transmiten al núcleo una fuerte presión. Si esta presión sobre el núcleo llega a unos niveles superiores a la resistencia que tienen las fibras más cercanas a él, se produce su rotura. (García, E. 2010)

Tipos de lesiones discales en región cervical

A partir de los 30 años se producen cambios degenerativos en el disco, lo que disminuye la resistencia del mismo. Las raíces nerviosas al ser comprimidas producen el dolor local (Medical sur. 2013). Uno de los aspectos diferenciales entre el disco lumbar y el cervical es que éste último experimenta importantes cambios degenerativos con la edad.

Degeneración discal: Después de los 40 años, la degeneración del disco intervertebral comienza con la desecación del mismo, a la base los microtraumas de la vida diaria y hábitos tóxicos como el tabaco, que causan alteraciones en la matriz glicoproteína. (Varela Hernández, A. 2012)

Hernia discal cervical: no es una afección frecuente; la proporción entre hernias discales sintomáticas en la columna cervical comparadas con las lumbares es de 1 a 10. Esta situación tiene que ver con dos hechos anatómicos, la orientación de la emergencia de las raíces y la existencia de las apófisis unciformes. Las raíces de C4 a C8 se originan en la médula a la misma altura que el cuerpo vertebral; por lo tanto están más protegidas al ir por detrás del cuerpo vertebral y de las articulaciones unciformes. Las apófisis unciformes actúan, como barreras anatómicas a la migración del material discal. La hernia de disco cervical suele ser posteromedial, a diferencia de la lumbar, que suele ser posterolateral. A partir de edades medias de la vida, es frecuente observar un abombamiento del anillo fibroso acompañado de crecimiento osteofíticos en el canal espinal. El disco intervertebral puede ser responsable de cuadros de dolor sin necesidad de que exista una hernia de disco y la consiguiente compresión o irritación de los elementos neurales. Hasta años recientes, se pensaba que los únicos materiales constituyentes de una hernia de disco eran el núcleo y el anillo fibroso. Sin embargo, como se ha demostrado el estudio de Kokubun, et al. (2005), la hernia frecuentemente asocia un despegamiento de la plataforma cartilaginosa, incluyendo el material herniado de partes de ésta.

Clasificación:

-Naturaleza:

a) Hernia discal nuclear o blanda: está formada por material perteneciente al núcleo pulposo que emerge a través de fisuras del anillo fibroso. Los segmentos más frecuentes son C5-C6 o C6-C7.

b) Hernia discal anular o dura: se trata de un abombamiento posterior del anillo fibroso que puede asociar prolongaciones osteofíticas. El abombamiento posterior del anillo es una consecuencia de la degeneración discal y de la resultante pérdida de altura. Es el tipo

más frecuente de hernia en la columna cervical y puede ser asintomática o por el contrario, determinar una estenosis del canal lateral con compromiso de la raíz nerviosa o contribuir a la estenosis del canal central cervical y al desarrollo de una mielopatía cervical.

-Mecanismo de producción:

a) Hernia discal aguda traumática: se produce por consecuencia de la rotura traumática del anillo fibroso e implica, frecuentemente la extrusión de una importante cantidad de material discal. Es menos frecuente y solo es posible en adultos jóvenes; se requiere un traumatismo intenso asociado a signos y síntomas neurológicos.

b) Hernia discal subaguda: Las manifestaciones clínicas aparecen de manera insidiosa como consecuencia de una pequeña sobrecarga o de un traumatismo menor. Es el modo de instauración más frecuente y se presenta cuando hay cambios degenerativos en el disco. La protrusión del material discal reducirá aún más un canal lateral previamente estenosado por cambios degenerativos uncovertebrales y facetarios.

-Localización: se dan con mayor frecuencia en los segmentos C5-C6 y C6-C7.

a) Anterior: frecuentemente desgarran el ligamento común vertebral anterior, son habitualmente asintomáticas. Pueden producir dolor al tragar.

b) Centrales: asintomáticas principales de síntomas mielopáticos (3% de los casos). Según su tamaño se manifiestan clínicamente por una cervicalgia o por una mielopatía con radiculalgia bilateral. (Ricard, F. 2008).

c) Posteromediales: aunque puedan ser sintomáticas, no dan lugar a una radiculopatía; si su volumen es considerable, llegando a reducir el diámetro sagital del canal central, pueden dar signos mielopáticos.

d) Posterolaterales: pueden afectar el complejo radicular y dar signos deficitarios sensitivos y motores.

f) Foraminales: son las responsables de la disminución del espacio disponible en el canal lateral, y por lo tanto de signos radiculares.

-Relación del material discal nuclear con el anillo fibroso:

a) Protrusión: La base (medida transversal o mediolateral) de la porción discal desplazada es más ancha que cualquier otra medida. Pueden ser: Focal: < del 25% de la circunferencia del disco. De base ancha: Entre el 25 y el 50% de la circunferencia del disco. Puede cursar de forma asintomática.

b) Extrusión: La base es más estrecha que cualquier otro diámetro medido en el mismo plano. Raramente asintomática.

c) Secuestro: (o fragmento libre): Cuando no existe continuidad entre el material discal desplazado y el disco del que procede. Mediante la imagen es muy difícil determinar si existe continuidad, por eso se emplea el término migración (desplazamiento del material discal lejos del lugar de la extrusión, esté o no secuestrado). Este término solamente se refiere a la localización, no a la continuidad. Hernia contenida (cubierta por el anulus externo) y no contenida (no existe tal cobertura), pero por las técnicas de imagen no invasivas (TC y RM) no es posible distinguirlas.

d) Transdurales: es poco frecuente, puede ser responsable de la aparición de parestesias y síntomas piramidales. (Torres, Cuenco 2008).

Causas

La fisura, protrusión o hernia discal se producen cuando la presión dentro del disco es mayor que la resistencia de la envuelta fibrosa. Como la envuelta fibrosa es un tercio más grueso en su pared anterior que en la posterior, la mayoría de las fisuras, protrusiones y hernias se producen en esta última. El mecanismo típico consiste en el siguiente

movimiento secuencial: a) Flexión de la columna vertebral hacia delante: Al hacerlo el disco sufre más carga en la parte anterior. Al ser de consistencia gelatinosa, el núcleo pulposo es comprimido contra la pared posterior de la envuelta fibrosa. b) Carga de peso importante: Al hacerlo se tiende a comprimir una vértebra contra la otra, aumentando la presión dentro del disco. c) Extensión de la columna con el peso cargado: Al hacerlo, el aumento de la presión discal que conlleva la carga del peso va aplastando el núcleo pulposo hacia atrás con más fuerza. Si la presión que ejerce contra la pared posterior de la envuelta fibrosa es suficiente, la envuelta se desgarrará (fisura discal), se abombará (protrusión discal) o se parte (hernia discal). Un efecto similar se puede conseguir repitiendo movimientos de flexo-extensión con una carga más pequeña o incluso sin carga. En cada ocasión se generan pequeños impactos contra la pared posterior de la envuelta fibrosa. (Fisura, protrusión y hernia discal. 2014)

-La degeneración discal es parte del proceso de envejecimiento, pero existen una serie de causas que pueden acelerar el proceso y hacer que una persona relativamente joven presente una degeneración discal avanzada: Traumatismos (accidentes de tráfico, caídas de altura, provocan la degeneración del disco). Trabajos forzosos (con el levantamiento repetitivo de pesos sobre todo en malas posturas, estar sentado por periodos prolongados, y la exposición a una vibración continuada, típicamente el martillo neumático). Mala postura (sedentarismo, provoca debilidad de la musculatura erectora del tronco y de la pared abdominal y con ello mayor sobrecarga de peso sobre la columna vertebral). Estrés (produce contracturas, junto con la personalidad de la persona, pudiendo agravar el cuadro). Tabaco (el monóxido de carbono del tabaco daña el metabolismo del disco intervertebral; el daño es proporcional al número de cigarrillos que se fuman al día). Entre otros factores encontramos el deporte, (generalmente natación y los deportes de contacto, como el rugby). (Lucena, J. 2012).

Sintomatología

Los cambios degenerativos cervicales, desde la hernia discal hasta la estenosis, pueden manifestarse como dolor discogénico, como radiculopatía cervical o como mielopatía cervical de acuerdo a la intensidad y localización. El dolor discogénico tiene una prevalencia de 9% en la población y su origen puede buscarse en la irritación de la inervación del anillo fibroso o en las terminaciones nerviosas de las carillas articulares posteriores o de los ligamentos. Si la hernia es grande y comprime una raíz nerviosa, se producirá dolor irradiado por el hombro y brazo en caso de las cervicales. La localización del dolor y su forma de irradiarse permiten al médico intuir a qué nivel está la herniación. El dolor se agrava con la tos, los estornudos y el aumento de presión abdominal. No todas las protrusiones o hernias duelen: entre un 30% y un 50% las personas sanas, asintomáticas, tienen una o varias protrusiones o hernias discales que no les causan problema alguno. Si la hernia es pequeña, si el lugar en que se produce la envoltura fibrosa es pobre en fibras nerviosas o no se comprime ninguna raíz nerviosa, es posible que nunca duela y pase desapercibida. A menudo se descubren de forma casual. Además de dolor, pueden aparecer pérdida de fuerza de la extremidad y sensaciones de hormigueo y quemazón que afectan a los territorios inervados por las raíces nerviosas comprometidas. Por lo general, surge también contractura muscular a nivel de cuello en las hernias cervicales. (Revista Consumer. 2004).

Según la localización de la lesión, nos dará la siguiente sintomatología:

Hernia discal C4-C5: Dolor y/o alteración de la sensibilidad en el hombro y cara lateral del brazo.

Hernia discal C5-C6: Dolor y/o alteración de la sensibilidad en la cara lateral del antebrazo que llega hasta los dedos pulgar e índice de la mano.

Hernia discal C6-C7: Dolor y/o alteración de la sensibilidad en parte posterior del miembro superior, tercer dedo y parte del cuarto dedo de la mano.

Hernia discal C7-D1: Dolor y/o alteración de la sensibilidad en la cara medial del antebrazo irradiado al quinto dedo y borde cubital del cuarto dedo de la mano. (Gómez Ruiz, Fernando. 2013).

Diagnóstico

El diagnóstico empieza con un examen físico completo de la columna vertebral y los miembros: fuerza, sensibilidad, reflejos y cómo es el dolor, esto es: si aumenta o disminuye con ciertas maniobras o posiciones, y su distribución. Con este examen básico ya se puede orientar el diagnóstico hacia una radiculopatía, una miopatía o un dolor inespecífico (más característico de los procesos musculares o Mialgias). Dependiendo del grado de certeza que haya arrojado el examen físico, se pueden solicitar estudios complementarios: *radiografías*: de utilidad para observar el correcto alineamiento de la columna o su deformidad, y la presencia de eventuales fracturas o inestabilidad de algún nivel. Específicamente en hernias discales, nos orienta cuando vemos un espacio intervertebral disminuido de altura. ; *resonancia magnética*: es el estudio de elección para diagnóstico y evaluación de las hernias discales, ya que provee imágenes muy detalladas del disco, las raíces nerviosas y la medula, en distintas proyecciones; *electromiografía de los miembros*, es un estudio que complementa los anteriores, informando el estado de la raíz nerviosa (si está dañada y en qué grado), ayudando a la toma de decisiones al momento de elegir el tratamiento. (Frucella, G. 2007)

Tratamiento kinésico

Consiste en aliviar el dolor y mejorar el ROM y evitar la progresión de las hernias cervicales. Existen test de provocación para la región cervical: 1) *Signo de Spurling*: maniobra con la cabeza extendida y rotada hacia el lado sintomático. El signo es positivo si se desencadena dolor con la maniobra. (Gómez Ruiz, Fernando. 2013). 2) *Prueba de compresión*: evalúa la existencia de protrusión discal, el compromiso intervertebral cervical. El fisioterapeuta coloca las manos con los dedos entrecruzados por encima de la cabeza, y se comprime ligeramente; es positivo cuando aumenta los signos. 3) *Prueba de tracción*: evalúa la existencia de protrusión discal cervical, compromiso del agujero intervertebral. El fisioterapeuta coloca sus manos en las apófisis mastoides y realiza una leve tracción hacia arriba. Es positivo si disminuyen los síntomas. (Angulo Carrere, M. et al. 2011).

Además realizamos: a) *Masaje descontracturante*: para aliviar la musculatura contractura debido a las posturas antálgicas. b) *Tracciones vertebrales*: proporciona una fuerza constante o intermitente y no dolorosa para estirar los músculos y ligamentos al tiempo que aumenta el espacio entre las vértebras. El objetivo es aliviar el dolor causado por los nervios comprimidos y, posiblemente, aumentar el rango de movimiento). c) *Manipulaciones vertebrales*: ayudan a desaparecer el dolor y la impotencia funcional. d) *Los ejercicios de fortalecimiento de cuello*: pueden mejorar el funcionamiento del mismo, reducir los riesgos de sufrir una lesión mayor y protegerlo contra el desarrollo de artritis de cuello conjunta. e) *Vendaje neuromuscular o tapping* (el efecto sobre el soporte articular se debe a la acción biomecánica de corrección relativa en la articulación a tratar, con su correcta alineación y la tensión aplicada a la venda, se estimulan los mecanorreceptores y su respuesta adaptara una corrección postural. f) *Higiene postural* (al estar de pie, poner siempre un pie delante del otro y cambiar a menudo de posición; al caminar, se tiene que adoptar una buena postura con la cabeza y tórax rectos, utilizar zapatos cómodos con

talón bajo, entre 2-5 cm.) g) *RPG* (Reeducación Postural Global): aborda al paciente como una unidad funcional, utilizando posturas de tratamiento, en forma global y progresiva, con el objetivo de actuar sobre las cadenas musculares tónicas, logrando una terapia que permite descubrir el origen del problema y eliminarlo. h) Gimnasia suave: para mejorar el funcionamiento estadodinámico del raquis y evitar las recidivas. i) *Recomendaciones para el paciente*: evitar y suprimir los esfuerzos, evitar movimientos bruscos de cabeza, largos trayectos en automóvil y moto, mantener una buena postura, entre otras.

Tratamiento quirúrgico

El fracaso del tratamiento conservador, la progresión de la lesión motora o la afectación medular son las indicaciones del tratamiento quirúrgico de las hernias de disco cervicales. El objetivo de la cirugía en las hernias de disco cervicales es la exéresis del disco herniado y la descompresión de las estructuras nerviosa. Los resultados publicados son buenos o excelentes entre un 80-95% de los casos, con una tasa de complicaciones entre 0-5% de los pacientes. Cuando la clínica es únicamente de dolor axial, el fracaso de tratamiento conservador no es una indicación franca de cirugía. La cirugía por cervicgia tiene unos resultados impredecibles, con una tasa de buenos o excelentes resultados del 65%, por lo que esta indicación debe ser considerada con precaución. Las opciones quirúrgicas se agrupan en técnicas de fusión y técnicas sin artrodesis con resultados, a corto plazo, muy similares. El tratamiento de referencia sigue siendo la discectomía y artrodesis aunque los resultados, a corto plazo, con la discectomía y prótesis total disco son similares. (Ramírez; Montes. 2010).

La *discectomía cervical por vía anterior* es una maniobra descompresora de los elementos neurológicos y, al producir necesariamente la extirpación de determinados elementos estructurales del raquis cervical que colaboran en la estabilidad del mismo como son el ligamento vertebral común anterior, disco y, eventualmente, el ligamento vertebral común posterior, es un acto quirúrgico que puede incrementar o producir inestabilidad. Los sistemas de *artrodesis postdiscectomía cervical* tratan de alcanzar la estabilidad del segmento intervenido gracias, al soporte mecánico de la osteosíntesis y, tardíamente, por la fusión ósea; adicionalmente se pretende mantener o, en su caso, restituir la altura del espacio intervertebral y, de esta manera, el diámetro de los agujeros de conjunción por donde salen los nervios raquídeos cervicales; y, finalmente, la artrodesis trata de mantener o, en su caso, restituir la alineación normal del segmento intervenido. (González-Darder, J.M. 2006).

OBJETIVOS

-General: Investigar las características clínicas y tratamiento kinésico en pacientes con lesiones discales en la región cervical en la Ciudad Capital de La Rioja.

-Específicos:

- ✓ Establecer cuál es el sexo predominante en pacientes con lesiones discales.
- ✓ Precisar la edad más frecuente de aparición de las discopatías.
- ✓ Identificar el nivel de localización más afectado entre los pacientes estudiados.
- ✓ Especificar el tipo de lesión discal en columna cervical de mayor incidencia.
- ✓ Conocer las causas de mayor prevalencia de discopatías en la Capital riojana.
- ✓ Determinar el porcentaje de pacientes que realizaron tratamiento kinésico.
- ✓ Determinar el porcentaje de pacientes que realizaron tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: para la realización de este trabajo de investigación se seleccionó el diseño de estudio descriptivo debido al enfoque en estudiar las características de lesiones discales en columna cervical. En cuanto a la dimensión temporal en la que se realiza la observación y análisis del objeto de estudio, es de corte retrospectivo. La investigación constó en la reunión de datos, mediante el estudio de historias clínicas completas de los pacientes, con sus respectivos estudios complementarios, como RX, RMN y TAC y ficha de cirugía; volcado en una ficha de recolección de datos para su posterior análisis y obtención de resultados.

Unidad de relevamiento: pacientes con lesiones del disco intervertebral en región cervical.

Universo: estuvo conformado por pacientes con lesiones discales en columna cervical, registrados por historia clínica en Estadística y Servicio de Neurología del Hospital General Dr. Enrique Vera Barros, KinesioSport, Consultorio de la Licenciada Daniela Vergari, Consultorio del neurocirujano Dr. Fernando Flores de la Ciudad Capital de La Rioja.

Muestra: la muestra estuvo conformada por 76 historias clínicas de pacientes de ambos sexos registrados por historia clínica; con un rango de edad entre 25 y 60 años de edad que presentaron alteraciones a nivel discal cervical, entre el 2012, 2013 y 2014, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: discopatías en región cervical, pacientes entre los 25 y 60 años de edad, historia clínica, estudios complementarios, pacientes de ciudad de la Rioja, tratamiento kinésico y tratamiento quirúrgico.

Criterios de exclusión: lesiones vertebrales, musculares o neurológicas en región cervical, discopatías en región dorsal, lumbar y sacra, pacientes menores de 25 años y mayores de 60 años, pacientes sin historia clínica o historia clínica incompleta.

Instrumento de recolección de datos: ficha kinésica para registrar la información procedente de las historias clínicas de los pacientes junto con sus respectivos estudios complementarios.

Variables:

Se establecieron las siguientes variables de estudio para esta investigación:

- Edad
- Sexo
- Segmento cervical
- Tipo de lesión discal
- Causas
- Tratamiento Kinésico
- Tratamiento Quirúrgico

Para el análisis de los datos, se utilizó el programa estadístico informático **SPSS** (Statistical Product and Service Solutions) para el análisis estadístico de las variables con sus respectivos resultados.

Análisis de los Resultados

TABLA N°1: DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES CON LESIONES DISCALES SEGÚN EL SEXO Y EDAD EN LA RIOJA CAPITAL EN PORCENTAJE Y NÚMEROS ABSOLUTOS.

SEXO	EDAD DE PACIENTES								TOTAL
	25-35	%	36-45	%	46-55	%	56-60	%	
FEMENINO	3	6	13	26	24	48	10	20	50
MASCULINO	0	0	7	26,9	7	26,9	12	46,2	26
TOTAL	3	3,9	20	26,3	31	40,8	22	28,9	76

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos.

En relación a la **edad** de los pacientes, del total de la muestra (76 pacientes), la edad predominante es entre **46 a 55 años** con el **40,8%**, con un total de **31 casos** entre ambos sexos; en el que podemos desglosar con 24 casos femeninos y 7 masculinos. En cuanto al **sexo**, es predominante el **femenino** con un total de 50 pacientes (66%) con relación al masculino con un total de 26 pacientes (34%). Se puede concluir que el mayor índice de pacientes con lesiones discales fue en el sexo femenino en 3 grupos etarios, a excepción del grupo 56-60 años, con 12 pacientes masculinos sobre 10 pacientes femeninos.

TABLA Nº2: DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES CON LESIONES DISCALES SEGÚN EL TIPOS DE LESIONES Y CAUSAS EN PORCENTAJE Y NÚMEROS ABSOLUTOS.

TIPOS DE LESIONES	CAUSAS DE LESIONES								TOTAL
	TRAUMATISM	%	TRABAJOS FORZOSOS	%	MALA POSTURA	%	OTRAS	%	
DEGENERACIÓN DISCAL	1	16,7	2	33,3	2	33,3	1	16,7	6
HERNIA ANTERIOR	0	0	1	50	1	50	0	0	2
HERNIA POSTEROMEDIAL	2	50	1	25	1	25	0	0	4
HERNIA POSTEROLATERAL	0	0	3	33,3	6	66,7	0	0	9
PROTRUSION	1	3,2	6	19,4	24	77,4	0	0	31
HERNIA SIN ESPECIFICAR	1	5	2	10	17	85	0	0	20
OTRAS	1	25	2	50	1	25	0	0	4
TOTAL	6	7,9	17	22,4	52	68,4	1	1,3	76

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos.

En relación a la causa de mayor frecuencia de lesiones en el disco intervertebral cervical, fue la **mala postura** con un **68,4%**, con un total de 52 casos del total de la muestra (76 pacientes); dentro de esta causa, la lesión más frecuente fue la protrusión con **24 casos**, seguido en menor frecuencia de **hernias sin especificar**, con 17 casos. Se puede concluir que la principal lesión discal fue la protrusión, y en cuanto a la causa más frecuente fue la mala postura (debido a sedentarismo, oficinistas, costureras, trabajos en fábricas, docentes, pintor, entre algunas profesiones recolectadas en las historias clínicas).

TABLA Nº3: DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES CON LESIONES DISCALES SEGÚN LAS CAUSAS Y SEGMENTO CERVICAL EN PORCENTAJE Y NÚMEROS ABSOLUTOS.

CAUSAS	SEGMENTO CERVICAL										TOTAL
	C3-C4	%	C4-C5	%	C5-C6	%	C6-C7	%	SEGMENTOS VARIOS	%	
TRAUMATISMO	1	16,7	0	0	3	50	1	16,7	1	16,7	6
TRABAJOS FORZOSOS	1	5,9	0	0	2	11,8	5	29,4	9	52,9	17
MALA POSTURA	0	0	5	9,6	19	36,5	8	15,4	20	38,5	52
OTRAS	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1
TOTAL	2	2,6	5	6,6	25	32,9	14	18,4	30	39,5	76

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos.

En relación segmento cervical más afectado fue **segmentos varios** (correspondiendo desde C2 a C7) con un **39,5 %**, con 30 casos del total de la muestra, dentro de ellos la causa más común fue **trabajos forzados**, con un **52,9%**; seguido de menor frecuencia el segmento **C5-C6** con un **32,9%**, con un total de 25 pacientes (debido a la mayor movilidad de la columna cervical en esta región), siendo la causa más común en este segmento la **mala postura**, con un **36,5%** del total de la muestra. Se puede concluir que el mayor índice de lesiones fue en varios segmentos cervicales, debido a las profesiones que exigen levantar peso en posturas incorrectas.

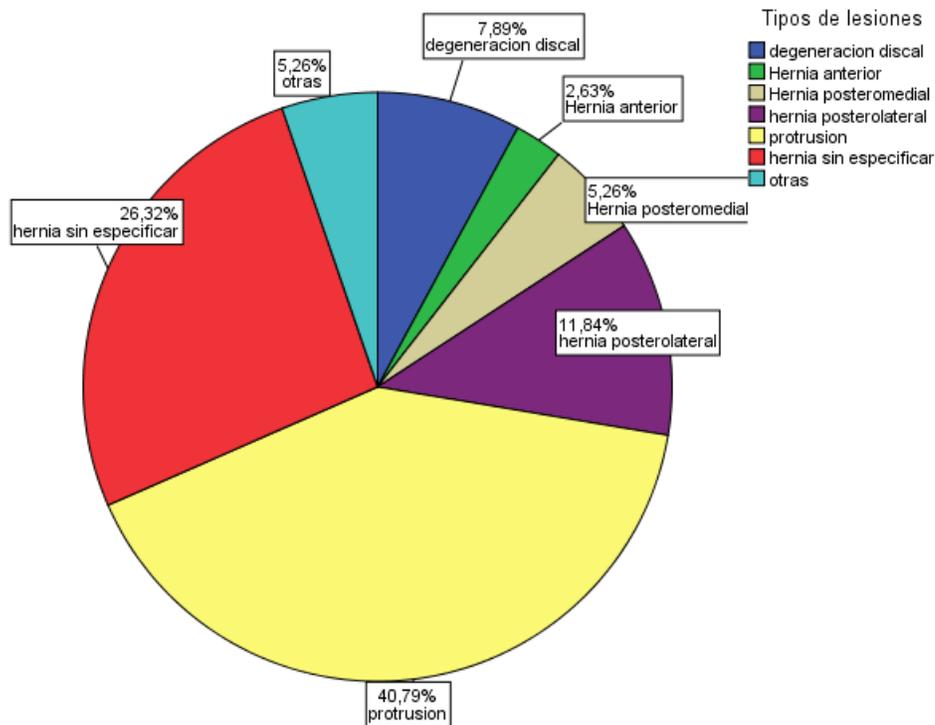


Gráfico N°1: DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES CON LESIONES DISCALES SEGÚN EL TIPO DE LESIONES DISCALES.

Fuente: Elaboración propia a través de los datos obtenidos.

El resultado de esta investigación determinó que la lesión discal más frecuente es la **protrusión** representando un **40,79%** del total de la muestra, y en menor medida las **hernias sin especificar**, representando un **26,32%** del total de la muestra. Se puede concluir que se la protrusión fue la lesión principal encontrada, considerando que es una lesión leve que puede afectar al disco intervertebral, en la cual se debe hacer un buen tratamiento conservador para evitar o posponer la progresión hacia una hernia y evitar la cirugía. Cabe destacar el porcentaje que le sigue a la lesión principal, de hernias sin especificar, debido a la falta de categorización en las historias clínicas cuando se recolectaron los datos para la investigación.

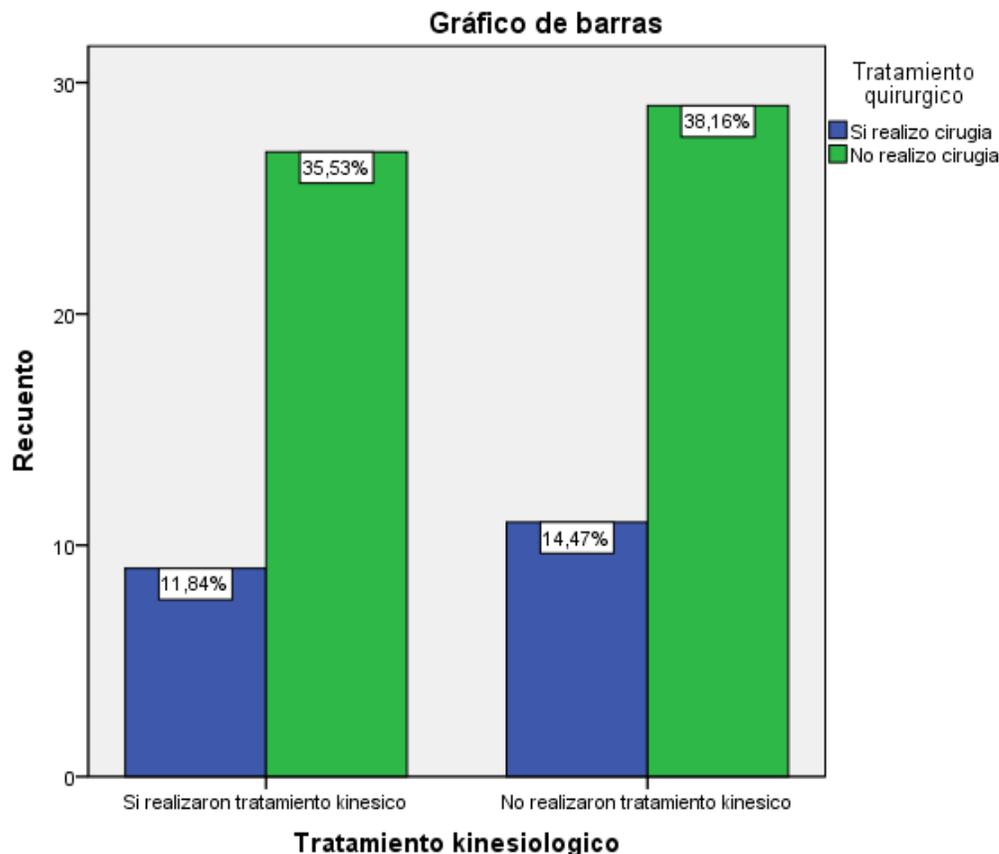


GRAFICO Nº2: DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES CON LESIONES DISCALES SEGÚN EL TRATAMIENTO KINESICO Y EL TRATAMIENTO QUIRURGICO.

Fuente: Elaboración propia a través de los datos obtenidos.

En relación a los pacientes que realizaron **tratamiento kinésico**, representado por un total de **47,37%**, **36 casos** del total de la muestra, un **35,53%** no se sometió a una **cirugía** (20 casos); en cuanto a los pacientes que **no recibieron tratamiento kinésico**, se sometieron a cirugía un **14,47%**. Se puede concluir que la investigación presentó un bajo porcentaje de cirugías en pacientes que realizaron tratamiento kinésico, dando a su vez un porcentaje similar de pacientes operados, estableciendo dentro de estos casos, un 52,63% de pacientes que no realizaron tratamiento kinésico.

CONCLUSIONES

Las diferentes lesiones en el disco intervertebral provocan una serie de síntomas, predominando el dolor, junto con síntomas sensitivos y motores que impide el libre movimiento con un rango normal en la columna cervical, delimitando sus actividades en el hogareñas, laborales y recreativas.

Con la realización del presente trabajo se buscó investigar la caracterización clínica y el tratamiento kinésico de pacientes con lesiones discales en región cervical, teniendo en cuenta la edad y sexo de pacientes, el tipo de lesión discal y si se obtuvieron buenos resultados en pacientes que realizaron tratamiento kinésico y cuántos de ellos se sometieron a la cirugía, determinando así la importancia de un diagnóstico a tiempo y preciso de esta patología.

Las limitaciones que presentó esta investigación fue la falta de registro mediante ficha kinésica e historia clínica de los pacientes, encontrándose esta última en algunos casos incompleta, siendo descartada para la posterior recolección de datos.

Se determinó mediante esta investigación que: el sexo predominante fue el femenino con un 66% de mujeres afectada, en relación al sexo masculino con 34%; la franja etaria predominante fue entre los 46 y 55 años con el 40,8% entre ambos sexos; la lesión más frecuente fue la protrusión con un 40,79%, siendo en menor medida las hernias sin especificar, (es decir hernias sin especificar el tipo de lesión en la historia clínica) con un 26,32% y la causa más común fue la mala postura representada por un 68,4% del total de la muestra.

La investigación demostró, además, que la afección discal se da más frecuentemente en varios segmentos cervicales con un 39,5%, siendo dentro de ellos C5-C6 más común con un 32,9%, dado a que es un segmento con mayor movilidad en la columna cervical. En relación a los pacientes que realizaron tratamiento kinésico, representado por un total de 47,37%, el 35,53% de ellos no se sometió a una cirugía y el 11,84% si la realizaron; en cuanto a los pacientes que no recibieron tratamiento kinésico, representado por un 52,63%, se sometieron a cirugía un 14,47%.

Por último se concluirá diciendo que la labor del kinesiólogo es de suma importancia para mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta patología, utilizando el tratamiento actual en la Ciudad Capital de La Rioja, investigado en este estudio, como la masoterapia, tracciones, movilizaciones, higiene postural, fortalecimiento muscular, ergonomía laboral, RPG, ejercicios de relajación y estiramiento, magnetoterapia, entre otras técnicas. Además es beneficioso trabajar en conjunto con el traumatólogo, neurocirujano, determinando un diagnóstico certero y temprano, agotando todos los recursos para evitar la cirugía de estas lesiones; y en los casos de realizarse la misma, nuevamente el kinesiólogo se hace presente en el postoperatorio de las lesiones discales para continuar con la recuperación total del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrenechea, I. “Nuevos avances en el tratamiento de las hernias discales cervicales”. Argentina. 2011. Disponible en: <http://www.grupogamma.com/2011/07/nuevos-avances-en-el-tratamiento-de-las-hernias-discales-cervicales/>
2. Radhakrishnan K, Litchy WJ, O’ Fallon WM, Kurland LT. “Epidemiology of cervical radiculopathy. A population-based study from Rochester, Minnesota, 1976 through 1990”. Brain.1994; 117:325–35. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13154666&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=129&ty=149&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=129v54n05a13154666pdf001.pdf
3. Ramírez Valencia M; Montes Pérez, A. “Hernia de disco cervical”. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Barcelona, España. 2010; 54(5): 314-320. Disponible en: <https://medes.com/publication/60877>
4. “Discopatías o hernia de disco”. Artículo académico. 2013. Disponible en: http://www.medicasur.com/es_mx/ms/ms_sal_em_orto_discopatía_hernia_disco
5. Rouvière, H; Delmas, A. “Anatomía humana. Descriptiva, Topográfica y funcional”. 11ª edición. Tomo 1, cabeza y cuello. Editorial Elsevier Masson. 2005. Pág. 138-160.
6. Kapandji, A. I. “Fisiología articular. Esquemas comentados de mecánica humana. Trono y raquis.”. Tomo 3. 5ta edición. Editorial Médica Panamericana. España. 2001.
7. García, E. “Biomecánica del disco”. 2010. Disponible en: http://www.traumazaragoza.com/traumazaragoza.com/Documentacion_files/Biomecánica%20de%20la%20columna%20vertebral.pdf
8. Varela Hernández, A, et al. “Implementación del tratamiento quirúrgico ambulatorio en pacientes con hernia discal cervical y lumbar”. Camagüey, Cuba. 2012. Disponible en: <http://files.sld.cu/boletincnscs/files/2012/10/respubarielvarela.pdf>
9. Torres Cuenco, R. “La columna cervical: Síndromes clínicos y su tratamiento manipulativo”. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana. 2008. 2-15.
10. Lucena, J. “¿Cuáles son las causas de la degeneración discal?”. 2012. Disponible en: <http://afibro.org/2012/10/enfermedad-degenerativa-del-disco-cervical-discopatía-degenerativolumbar/>
11. “Síntomatología de lesiones cervicales”. Revista Consumer. 2004. Disponible en: <http://revista.consumer.es/web/es/20040101/salud/67545.php>
12. Frucella, G. “Hernia Discal: una afección frecuente”. 2007. Disponible en: <http://www.cotrosario.com/2012/04/493/>

13. Gómez Ruiz, F. “La fisioterapia para el tratamiento de hernias”. España. 2013. Disponible en: <http://www.fisiovalvaro.com/entry/fisioterapia-para-tratamiento-hernias.html>
14. Centro Médico Especializado OSI. “Grados de una hernia”. Perú. 2012. Disponible en <http://www.centromedicoosi.com/especialidades/neurocirugia/hernia-discal/grados-de-una-hernia.html>
15. “Enfermedad degenerativa de disco”. Medtronic Ibérica. Madrid, España. 2010. Disponible en: <http://www.medtronic.es/su-salud/enfermedad-disco-degenerativa/index.htm>
16. “Radiculopatía por hernia discal cervical”. 2009. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-adulto/cervico.pdf>
17. M. Sánchez Pérez, A. Gil Sierra, et al. “Nomenclatura estandarizada de la patología discal”. 2010 Disponible en: <http://www.seram2010.com/modules/posters/files/nomenclat...pdf>
18. Crystal, W. “Ejercicios de estiramiento para cuello con hernia de disco”. 2010. Disponible en: http://www.ehowenespanol.com/ejercicios-estiramiento-cuello-hernia-disco-info_112818/
19. “Fisura, protrusión y hernia discal”. 2014. Disponible en: <http://www.espalda.org/divulgativa/dolor/causas/alteraciones/fisura.asp>
20. Ricard, F. “Tratamiento osteopatico de las Algias de origen cervical”. Editorial panamericana. Buenos Aires, Argentina. 2008.
21. González-Darder, J.M. “Evolución de la artrodesis cervical postdiscectomía: injerto óseo, placa, caja intersomática y placa-caja”. Revista de Neurocirugía v.17 n.2 Murcia abr. 2006 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113014732006000200009&script=sci_arttext
22. Angulo Carrere, M. et al. “Biomecánica clínica, Biomecánica de la columna vertebral, Exploración de la columna cervical”. Revista médica Reduca (Enfermería, fisioterapia y podología), Serie Biomecánica clínica. 3 (4): 45-56. Madrid, España. 2011

PAGINAS CONSULTADAS

23. www.rpg.org.ar
24. www.efisioterapia.net
25. www.ehowenespanol.com
26. www.medtronic.es
27. www.clinicadam.com

28. www.hospitalalcivar.com

29. www.guioteca.com

30. www.solofisio.com

Instituto Universitario de Ciencias de la Salud – Fundación
H. A. Barceló



COLECCIÓN DE TESIS DIGITALES y TRABAJOS FINALES DEL IUCS

AUTORIZACION DEL AUTOR

Estimados Señores:

Yo Flavia Manrique García, identificado con DNI No. 35.503.134; Teléfono: 380-4630630; E-mail: Flavia_2670@hotmail.com autor del trabajo de grado titulado "CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LESIONES DISCALES EN REGION CERVICAL EN PACIENTES DE 25 A 60 AÑOS EN LA CIUDAD CAPITAL DE LA RIOJA" presentado y aprobado en el año 2015 como requisito para optar al título de Lic. Kinesiología y Fisiatría ; autorizo a la Biblioteca Central del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud – Fundación H. A. Barceló la publicación de mi trabajo con fines académicos en el Repositorio Institucional en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado; a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en la página Web del Repositorio Institucional de la Facultad, de la Biblioteca Central y en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la misma a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- Permitir a la Biblioteca Central sin producir cambios en el contenido; la

Consulta, la reproducción, a los usuarios interesados en el contenido de este Trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato digital desde Internet, Intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra. Lugar de desarrollo de la Tesis LA RIOJA CAPITAL- ARGENTINA

2. Identificación de la tesis:

TITULO del TRABAJO: "CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LESIONES DISCALES EN REGIÓN CERVICAL EN PACIENTES DE 25 A 60 AÑOS EN LA CIUDAD CAPITAL DE LA RIOJA"

Director: Lic. Paola Guerra

Fecha de defensa: 17/04/2015

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN DE:

- **a) Texto completo** [*] a partir de su aprobación
- **b) Texto parcial** [] a partir de su aprobación

Indicar capítulos.....

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero

NOTA: Las tesis no autorizadas para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en la Biblioteca Digital de Tesis mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala en su versión completa, en la Biblioteca Central del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud – Fundación H. A. Barceló"

Firma del Autor

Firma del Director

Lugar: LA RIOJA CAPITAL Fecha: 17/04/2015