

La sindrome pseudo radicolare: quando muscoli, legamenti, articolazioni imitano il dolore radicolare

di Dr. Giovanni Migliaccio

La sindrome radicolare pura si esprime con un dolore irradiato nel territorio di distribuzione di ogni radice nervosa. Se è irritata, sofferente, per esempio per la compressione di un'ernia discale, la quarta radice lombare (L4), clinicamente si avrà dolore alla faccia interna della gamba, se irritata la sesta radice cervicale (C6), si avrà dolore in un preciso tratto antero-laterale del braccio e dell'avambraccio e del 1° e 2° dito della mano.

Esiste però una varietà di patologie che hanno la caratteristica di esprimersi con una sensazione di irradiazione del dolore, ma che nulla hanno a che vedere con una vera e propria irritazione di una o più radici nervose.

Con il termine di sindrome pseudoradicolare si vuole comprendere <un'alterazione del rapporto funzionale fra le articolazioni e i muscoli > che producono il movimento delle articolazioni.

Non è questa la sede per discutere la complessa etiologia di tale sindrome e pertanto ci si limiterà, anche per i fini divulgativi, ad esporre in modo sintetico e più chiaro possibile gli stati morbosi che stanno alla base di essa.

Quando le capsule articolari sono dolenti per qualsiasi motivo, si riscontrano anche alterazioni dei muscoli come la limitazione dolorosa del movimento muscolare, la comparsa di alterazioni del tono muscolare che si evidenziano con una flaccidità o una spasticità.

Spesso osserviamo, durante l'esame clinico, nel muovere passivamente il braccio del paziente che stiamo esaminando, una variazione del tono muscolare che si presenta con un'alternanza della sua resistenza al movimento, cioè ora più accentuata ora meno, tanto da simulare un danno di origine extrapiramidale, come si osserva nel m. di Parkinson.

Questa alterazione del tono muscolare si verifica quando sussista una patologia irritativa all'articolazione della spalla e pertanto i fasci extrapiramidali del sistema nervoso centrale non c'entrano nulla.

Nella stessa situazione poi si hanno anche alterazioni della sensibilità e del trofismo (ovvero della consistenza del muscolo) causato, quest'ultimo, dal risparmio del movimento indotto da una più o meno lunga inattività del muscolo.

Allorchè si verifica una condizione dolorosa della capsula articolare, essa può generare modificazioni funzionali anche seri della muscolatura.

In questa condizione clinica quindi, ovvero l'interessamento muscolare, originato da una irritazione a partenza da una articolazione, il dolore non è l'unico sintomo.

Si osserva infatti un corteo di disturbi che, nella loro complessità, vengono definiti con il termine di < tendomiosi >.

Nella tendomiosi si osservano i seguenti sintomi:

- A) Dolore muscolare con caratteristiche del dolore acuto, con la sensazione di "trapassare" il muscolo (dolore perforante) o di bruciore (dolore urente). Tale sensazione dolorosa si accentua con la contrazione del muscolo e se lo si comprime.
- B) I muscoli hanno facile esauribilità, sensazione di stanchezza.
- C) Quando il muscolo è affaticato si possono osservare delle fascicolazioni che spesso preoccupano il paziente che individua in esse malattie demielinizzanti.
- D) Il muscolo può irrigidirsi e, muovendolo passivamente, si ha una riduzione della resistenza del muscolo a mo' di scosse, e questa sensazione che il medico apprezza, può essere confusa con il segno della troclea dentata, tipica del morbo di Parkinson.

Le cause della tendomiosite possono essere:

- 1) Trauma locale del muscolo
- 2) Ipersollecitazione funzionale del muscolo (per attività lavorativa, sportiva ecc.).
- 3) Condizioni dolorose dei tendini e delle capsule articolari (per es. dell'articolazione scapolo - omerale) dovute a patologie reumatiche, infiammatorie, traumatiche.

Quando è irritata per qualsiasi causa un'articolazione, si ha necessariamente una tendomiosi che interessa tutti i muscoli che muovono direttamente o indirettamente tale articolazione.

La diagnosi è abbastanza semplice se nei movimenti dell'articolazione interessata è coinvolto solo un gruppo muscolare.

Infatti, quando ci si trova di fronte a situazioni irritative delle articolazioni vertebrali lombosacrali, il problema diagnostico è più complesso poiché il dolore muscolare riflesso non riguarda solo un gruppo muscolare (per es. i muscoli del dorso lombare, della schiena per intenderci), ma anche quelli delle natiche, dei polpacci ecc.

La colonna vertebrale lombare, in situazione anatomica normale, è <in sintonia> con la posizione del bacino che, a sua volta, è in sintonia con la colonna in quanto, a livello della sinfisi (zona anteriore del bacino) si inseriscono i muscoli addominali (i muscoli retti).

Ne consegue che una dolorabilità a livello della sinfisi produce una dolorabilità riflessa del sistema motorio lombare e viceversa processi irritativi delle articolazioni vertebrali lombari possono provocare una dolorabilità della sinfisi.

Un'ernia discale lombare, che può provocare uno stiramento dell'apparato legamentoso delle vertebre (soprattutto quando non è espulsa), può portare a dolori dell'articolazione vertebrale e secondariamente a una situazione irritativa della sinfisi.

A ciascuna articolazione corrisponde un territorio di distribuzione del dolore, ovvero anche in questo caso il dolore si irradia, ma, in questo caso, non corrisponde, cioè il territorio verso cui il dolore si irradia, è differente dal dolore irradiato per compressione di una radice nervosa, radice nervosa che ha un proprio, esclusivo, territorio di distribuzione.

Pertanto quando il dolore, distribuito in particolari zone del corpo, non è causato dalla sofferenza di una radice nervosa, ci si trova di fronte a una sindrome pseudo-radicolare che va riconosciuta per evitare errori diagnostici e portare, per esempio, ad operare un disco lombare, magari appena protruso (protrusione del disco) che invece è del tutto innocente.

Quanto espresso in queste brevi note ha lo scopo di informare il paziente su determinati sintomi che spesso lo preoccupano e, in virtù, della mole di informazioni che Internet fornisce, lo portano a considerare un sintomo come espressione di malattie più gravi.

Questa breve esposizione ha anche il fine, in qualche modo, di chiarire al paziente com'è importante in Medicina la diagnostica differenziale e quanto sia importante la col-

laborazione interdisciplinare, in questo caso, fra i vari specialisti (neurochirurghi, neurofisiologi, ortopedici, reumatologi, fisiatri).

Vuole essere anche un'informazione esplicativa e cioè che la settorialità delle varie specialità è solo apparente e questa è limitata alla competenza specifica nell'atto terapeutico, ma non in quello diagnostico.

Testo consultato:

M.Mumenthaler, H.Schliack

Pubblicato in:

MinForma, Neurochirurgia, www.medicitalia.it, articolo on line dal 02/11/2008

