

Rev. Soc. Esp. Dolor
3: 173-176; 2007

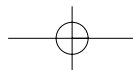
Patología degenerativa de la columna lumbar

La patología degenerativa de la columna lumbar representa un problema sanitario en los países occidentales. En las Unidades de Dolor se atiende a un porcentaje importante de estos pacientes en los cuales el dolor es una de las manifestaciones clínicas sobresalientes. El aumento progresivo de la expectativa de vida en los países desarrollados, junto con el sobrepeso y el sedentarismo, constituyen los principales factores estadísticamente significativos en el auge de este padecimiento.

La cirugía de columna lumbar se aplicó tradicionalmente a esta patología partiendo de un enfoque neurológico: bien un cuadro irritativo o deficitario radicular, bien un compromiso de la cauda equina, manifestado de forma más o menos aguda (hernias masivas, tumores) o crónica, en forma de claudicación neurógena (estenosis sintomáticas del canal raquídeo). Sin embargo, en la actualidad la indicación de cirugía se encuentra “desbocada” con criterios muy confusos de inclusión y con la aplicación de técnicas quirúrgicas muy agresivas. Acerca de esta preocupante “escalera terapéutica” desde hace años se vienen oyendo voces de advertencia (1,2) que siguen siendo desoídas.

Junto con la exploración neurológica, el método diagnóstico preferido consistió en la mielografía. Este procedimiento se realizaba inicialmente con un contraste no hidrosoluble (Lipiodol) que permanecía en el canal raquídeo de por vida, ocasionando un proceso adherencial que muchas veces era asintomático y otras era fuente de dolor “per se”. Posteriormente se introdujeron contrastes hidrosolubles, menos neurotóxicos pero no del todo carentes de efectos adversos, sobre todo en las exploraciones repetidas. Sobre este y otros problemas asociados, el Profesor Aldrete lleva toda su vida predicando a todo aquel que quiera oírle (3,4).

Una vez operado un enfermo de columna lumbar, caso de presentarse nueva clínica neurológica era frecuente la repetición del estudio mielográfico el cual mostraba una imagen como la que se observa en la fig. 1: la amputación de una emergencia radicular. Si este hallazgo radiológico era congruente con la clínica del enfermo era frecuente la reintervención. Unas veces se encontraba una recidiva herniaria y otras muchas más veces se encontraba una fibrosis peri-radicular. No era infrecuente que, en las maniobras de manipulación de este complejo fibroso, se lesionase el saco dural y/o la raíz nerviosa, con los consiguientes nuevos



problemas. En los casos no complicados era muy poco lo que podíamos hacer para prevenir el desarrollo de una nueva fibrosis.

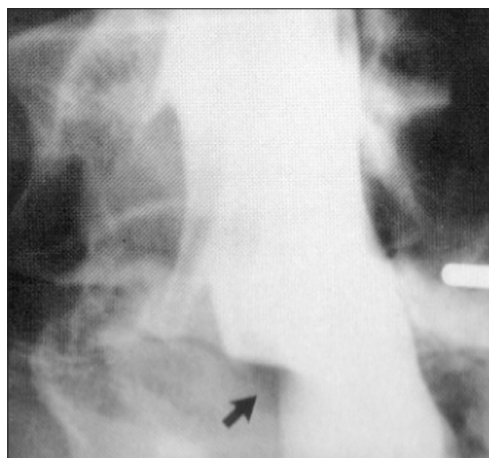


Fig. 1. Proyección oblicua de una mielografía postoperatoria en donde se aprecia una falta de relleno de la raíz S1 (izquierda) en una paciente con una ciatalgia izquierda reaparecida tras un corto periodo libre de dolor tras cirugía discal.

La aparición del diagnóstico mediante Resonancia Magnética representa un antes y un después en el manejo del dolor de estos pacientes que han sido intervenidos de la columna lumbar. En la fig. 2 se puede observar una típica imagen de compromiso radicular izquierdo en un paciente operado. La administración de contraste paramagnético intravenoso permite descubrir que la raíz nerviosa está engrosada y englobada en tejido fibroso pero que no existe recidiva herniaria. Por lo tanto, no estaría indicado un nuevo abordaje quirúrgico directo.

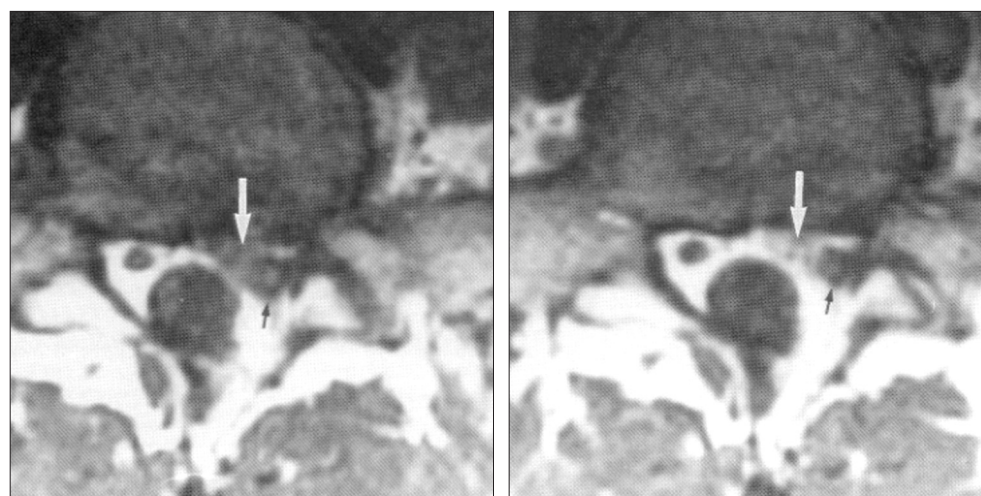
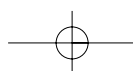
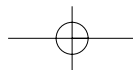


Fig. 2. Imagen RMN postoperatoria de otro paciente operado de hernia de disco L5-S1 izquierda. En la imagen de la derecha se aprecia un claro compromiso foraminal izquierdo. Tras la administración de contraste paramagnético intravenoso se aprecia como la raíz S1 se encuentra edematosa y englobada en fibrosis pero se descarta nueva recidiva herniaria.





La fibrosis peri-radicular es la principal responsable del cuadro doloroso subsiguiente a la cirugía no complicada de la columna lumbar, conocido como Síndrome Postlaminectomía. La profilaxis de este problema representa un reto pendiente de resolver por los que nos dedicamos a la cirugía del raquis.

En éste número de la Revista, David Abejón y sus colegas presentan un interesante artículo acerca del tratamiento del dolor resultante de esta fibrosis peri-radicular. La Epidurolisis, con el nombre de Epidural Adhesiolysis, inició su andadura de la mano de Gabor Racz en 1998 (5). Con diferentes nombres y formas de realización, este procedimiento ha ido ganando popularidad. Frecuentemente la técnica se realiza con ayuda de imagen (epiduroscopia) aunque por algunos autores se propugna que se acompaña de mayor número de complicaciones.

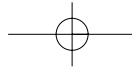
Recomiendo encarecidamente a los lectores la lectura de éste artículo, bien escrito y referenciado. Tal como ocurre con otras similares publicaciones (6,7), el seguimiento de estos procedimientos es de plazo corto por lo que animo a los autores a seguir e incrementar su interesante serie y (si les es posible) mejorar algunas carencias metodológicas fácilmente subsanables, como la inclusión de un grupo de control y dotar al estudio de carácter prospectivo.

José López López
Neurocirujano
Unidad del Dolor
H. U. Puerta del Mar
Cádiz

CORRESPONDENCIA
josea.lopez100@gmail.com
Financiación: Ninguna
Conflictos de interes: No declarados

BIBLIOGRAFÍA

1. Burton CV. Failed back surgery patients: the alarm bells are ringing (Editorial). Surg Neurol 2006;65: 5-6.
2. Robaina FJ. Situación actual de la cirugía de la columna vertebral degenerativa aplicada al manejo del dolor lumbar crónico, estenosis de canal y discopatía degenerativa. Resultados basados en la evidencia científica- Rev Soc Esp Dolor 2006;13:167-172
3. Aldrete J Antonio. Aracnoiditis: The Silent Epidemic. JA Aldrete (Ed). Editorial Alfil. Mexico DF. 2000.
4. Aldrete JA, Guevara U, Arenoso JH y Ceraso OL. Eficacia y tolerabilidad de esteroides epidurales vs dosis bajas de esteroides más metamizol más D-propoxifeno



administrados por vía paravertebral en pacientes con síndrome post-laminectomía. Rev. Soc Esp. Dolor 2006; 7: 454-461.

5. Racz GB, Heavner JE, Raj PP Percutaneous epidural neuroplasty. Prospective one-year follow up. Pain Digest 1999; 9:97-102.
6. <http://www.lni.wa.gov/ClaimsIns/Files/OMD/EpiduralAdhesiolysisJuly132004.pdf>
7. <http://www.asipp.org/documents/Guidelines%202003.pdf>

