

# SINDROME DE DOLOR LUMBAR CRÓNICO

DR. ROBERTO POSTIGO T.  
UNIDAD DE COLUMNA  
CLÍNICA LAS CONDES.

## RESUMEN

*Se revisa el problema del Dolor Lumbar Crónico en su importancia clínica y social. Se discuten sus causas y diversas formas de manejo. Se hace especial análisis en los modelos Biológico y Psicosocial para entregar al lector una nueva forma de analizar esta patología. Se revisa el rol de la cirugía y causa de fracaso de ella, intentando entregar informada visión de las indicaciones y de como evitar los errores en el tratamiento.*

## SUMMARY

*We present a review of Chronic Low Back Pain, in terms of it's clinical and social importance. We discuss the different etiologies and different ways of management. There is a special analysis on the Biological and psicosocial models, so as to show the reader new ways of understanding this pathology. We review the rol of surgery and causes of failure, in an attempt to give informed knowledge of it's indications and how to avoid errors in treatment.*

## INTRODUCCIÓN

La primera causa de ausentismo laboral en personas laboralmente activas es el Dolor Lumbar. De allí que el costo generado por esta patología sea motivo de preocupación a nivel mundial. De los pacientes que sufren este problema sin embargo, sólo un pequeño número tendrá una discapacidad permanente o temporal. El dolor lumbar por otra parte es casi desconocido en su magnitud en países del tercer mundo, siendo inexistente en las prioridades epidemiológicas y de costo de ellos. Esto ya marca diferencias radicales con otras patologías de etiologías conocidas.

El diagnóstico médico asociado a una palabra o nombre, traduce para

el paciente y médico, entendimiento de la patología, posiblemente causal etiológica y por lo tanto, tratamiento probablemente exitoso. La organización del diagnóstico médico también es un elemento fundamental, en especial en estos tiempos por motivos médicos, legales y administrativos de control de gestión. El problema del dolor lumbar ni siquiera logra reunir estos elementos básicos. Aún hacemos diagnóstico de Lumbago, lo cual solo significa dolor lumbar, no logra evocar ni causa ni tratamiento, generando confusión y determinando la extrema dificultad de aplicar el método científico para poder avanzar en el conocimiento de la enfermedad.

Dicho esto, podremos intentar desarrollar el problema del dolor lumbar, en especial el dolor lumbar crónico. Como consecuencia de las dificultades en el manejo de esta patología, veremos las causas del fracaso de la cirugía de columna y cómo prevenirlas.

## EL PROBLEMA DEL DOLOR LUMBAR

Cada año, el 5% de la población sufrirá de dolor lumbar en sus distintas intensidades. Se calcula que el 90% de los seres humanos será afectado a lo menos una vez de dolor lumbar. La resolución, sobre el 85% de los casos es espontánea, y solo el 1% de los afectados cursará con dolor crónico e incapacitante (1). El alto costo que genera esta enfermedad está dado por este porcentaje. Se sabe también que los diversos tratamientos utilizados, han producido un efecto insignificante en la historia natural de la enfermedad. Es más, investigadores como Allan y Gordon Wadell (1), han demostrado que el número de discapacidades ha aumentado en forma exponencial desde la década de los 80 a la fecha. Si correlacionamos este hecho con el advenimiento de nueva imagenología y nuevas técnicas quirúrgicas, debemos concluir sin duda que algo en esta ecuación no cuadra. Así entonces, la historia

natural de la enfermedad ha sido negativamente influenciada por los progresos de las últimas décadas. ¿Qué respuestas hay para esto?

**1.-** Hay factores que influyen negativamente en la evolución, los que no están siendo identificados o por lo menos no se estarían considerando al tratar a estos pacientes.

**2.-** El lograr ver detalladamente la anatomía por medio de una sofisticada imagenología nos está haciendo sobre interpretar imágenes como patológicas sin serlo verdaderamente. Esto lleva a tratamientos no correlacionados con la clínica, sufriendo las consecuencias de ello. De hecho, un estudio muestra un aumento de la incapacidad, paralelo a un aumento en número de cirugías en la última década. Conclusión ineludible es el cambio en la evolución natural provocado por esta sobre indicación de cirugías.

**3.-** Nuestras sociedades más avanzadas, con mejores niveles de industrialización son las que mayores costos tienen por este cuadro. Los países del tercer mundo, no tienen este problema de salud pública. Sin duda hay elementos ambientales anexos que tienen que ver con la industrialización, organizaciones sindicales y seguridad social.

La simple observación de estos hechos, nos lleva a concluir que el problema del dolor lumbar entonces, no puede ser analizado ni estudiado sólo desde una perspectiva de lo orgánico. Necesariamente aquí se debe incluir al ambiente psicosocial del individuo. Sólo de esta forma podremos avanzar en el conocimiento y en el manejo de esta patología.

Como se enunció más arriba, el diagnóstico en sí de LUMBAGO lleva a confusión en el sentido que estamos dando diagnóstico con una palabra que describe vagamente un síntoma, por lo cual no evoca etiología ni curación. Nuestra percepción que ve lo que quiere ver y no ve lo que no quiere, puede o conoce, nos juega en contra.

- Permanentemente estaremos en busca de una razón o motivo anatómico, visible, palpable para plantear un tratamiento y tranquilizar al paciente. Por fortuna sólo un 10% no mejora en forma espontánea antes de tres semanas, y es sólo este pequeño porcentaje el que está expuesto a interpretaciones equívocas.
- Existe temor a equivocarnos en el diagnóstico y dejar pasar un tumor, patología abdominal u otras, al enfrentar un paciente con dolor lumbar. Mirando a la medicina basada en evidencias, este es un temor con poco fundamento, ya que en el 3% de los pacientes con dolor lumbar hay una patología subyacente de importancia (2). Si realizamos un adecuado examen clínico en busca de señales de alerta (conocidas como banderas rojas), el valor predictivo negativo del examen clínico baja a rangos menores del 1%.

Tendremos en definitiva entonces para entender el problema del dolor lumbar, que analizarlo en dos aspectos fundamentales, que son el modelo Biológico y el Biopsicosocial.

## MODELO BIOLÓGICO

### 1.- La búsqueda del generador del dolor:

Se basa en el pensamiento médico clásico de encontrar para cada enfermedad una causa y así poder hacerle frente con un exitoso tratamiento. Para ello se requiere encontrar el o los generadores de dolor. Sabemos que casi todas las estructuras que conforman la Unidad Funcional Vertebral están inervadas, en especial los ligamentos, hueso, musculatura paravertebral, duramadre, facetas articulares y sus respectivas membranas sinoviales, y por último, el disco intervertebral, que tiene algunas terminaciones nerviosas dependientes del nervio sinuvertebral, en especial hacia ángulos posterolaterales del anillo fibroso. Esta inervación aumenta en los discos con cambios degenerativos severos (3). Múltiples han sido los trabajos y discusiones de la utilidad de determinar estos elementos como causales. La lógica dice que si bloqueamos estas estructuras con anestésicos locales y el dolor cede, aquella será la causa del dolor. Así también, si estimulamos alguna estructura con solución irritante y se reproduce el dolor, tendremos aquí la causa de ello. El resultado de múltiples estudios no es concluyente, y cada vez que se utilizan estos parámetros para decidir una terapéutica, esta fracasa, con resultados satisfactorios no mayores del 45 a 60% (4,5).

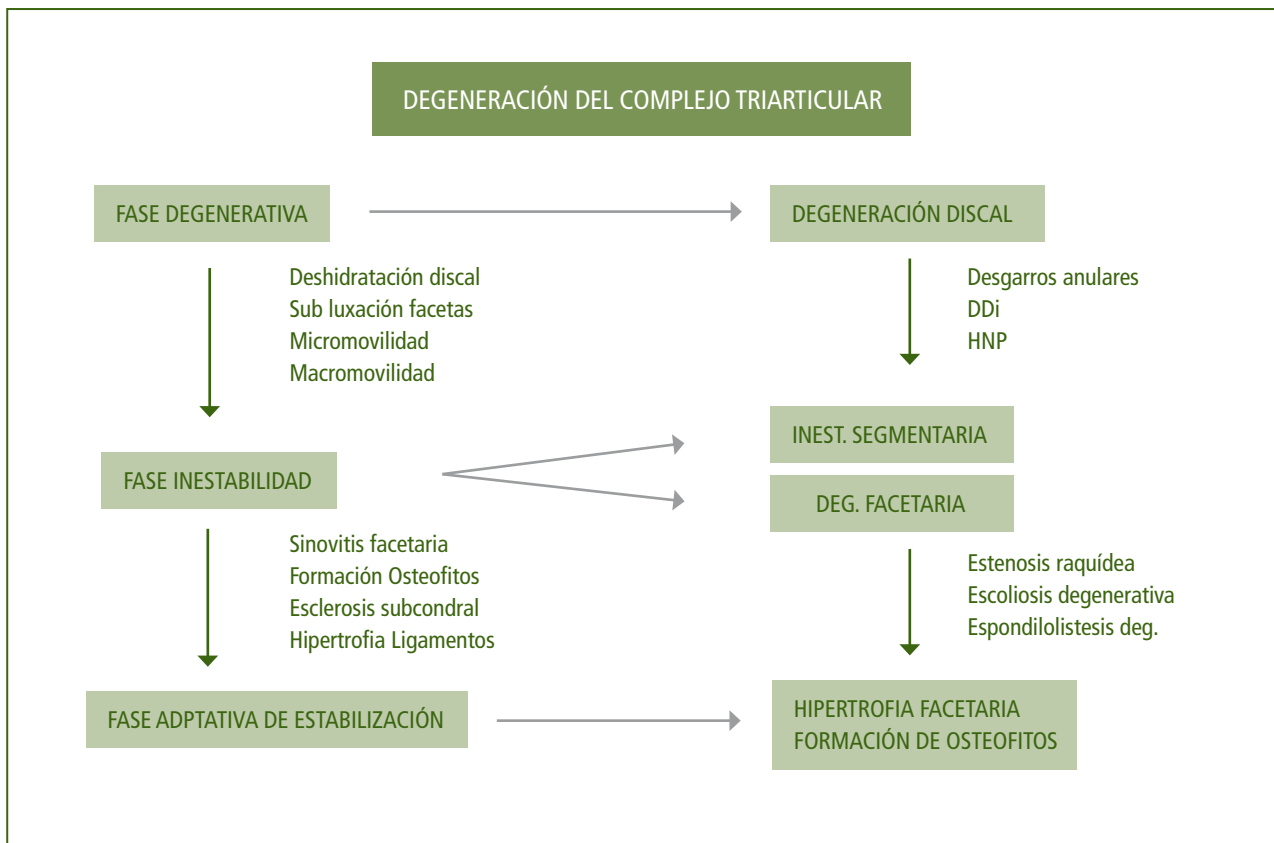
### 2.- La evolución natural de los procesos degenerativos en la columna:

Las características biológicas de la Unidad Funcional Vertebral van cambiando con el tiempo. Estudios en cadáveres nos muestran cómo se van generando cambios degenerativos progresivos con un patrón común en todos los individuos. Estos han sido descritos magistralmente por Kirkaldy-Willis (Figura 1) hacia la década del 70. Nos enseña que la degeneración discal es el motor de los procesos degenerativos que son comunes a la raza humana y por lo tanto un continuo de un proceso fisiológico. Se describen tres etapas a saber: Disfunción, Inestabilidad y Estabilización. En cada una de ellas se desarrollarán patologías específicas. Así en la etapa de disfunción aparecerán las hernias del núcleo pulposo y en la de Estabilización producto de la hipertrofia de las articulares, ligamento amarillo etc., el canal estrecho y la escoliosis degenerativa (Figura 1).

### 3.- Correlación clínica y cambios anatómicos detectados en imágenes:

Sabemos que si estudiamos una población de adultos sanos de 40 años de edad sin haber padecido nunca de dolor lumbar, con seguimiento por un período de 5 años, tomando imágenes en relación a sus episodios de dolor, obtenemos una escasa correlación entre los cuadros de dolor lumbar y la aparición de cambios anatómicos a Resonancia Nuclear Magnética (RNM). Así los cambios en hidratación, altura discal, zonas de desprendimiento del anillo fibroso del disco intervertebral y protrusiones discales es muy escasa. Los únicos cambios anatómicos que se correlacionan más con dolor, son la presencia de Espondilolistesis y cambios Modic I Figura 2: Incidencia de alteraciones radiológicas en pacientes asintomáticos (6). Otros han encontrado hasta un 30% de HNP en asintomáticos y estos números son aún mayores si exa-

**FIGURA 1/ CASCADA DE LA DEGENERACIÓN DE LA UNIDAD FUNCIONAL VERTEBRAL**



minamos población de mayor edad, llegando a encontrar en un 96% estenosis foraminales en pacientes sobre 65 años asintomáticos. En suma: muchos hallazgos y poca correlación con dolor. Veremos más adelante que este factor está sindicado como el primer responsable de la alta tasa de cirugía discal fallida (Figura 2).

**4.- Historia natural de la enfermedad:**

Múltiples estudios epidemiológicos a nivel de medicina primaria muestran que en general el dolor lumbar es una condición que tiende a ser crónica, en general episódica o recurrente, mayoritariamente auto-limitada y frecuentemente leve, por lo tanto, no debiera ser causal de discapacidad. Los pacientes que sufren de discapacidad por Síndrome de Dolor Lumbar (SDL), no presentan características anatómicas que puedan predecir dicha condición (7). Múltiples estudios han intentado hacer un nexo entre tipo de trabajo, actividad física y dolor crónico. Otros han intentado detectar factores anatómicos. Ninguno ha podido demostrar correlación alguna con estos factores. La excepción a esto son la exposición a vibraciones y el hábito de fumar, determinado por un trabajo hacia fines de la década de los 80, pero no reproducido por otros investigadores (8).

El análisis del SDL bajo esta perspectiva, ha llevado a fracaso perma-

**FIGURA 2/ PREVALENCIA DE DEGENERACIÓN DISCAL EN PACIENTES ASINTOMÁTICOS**

MODO	AUTOR / AÑO	EDAD / RANGO	PREV
MR	Boden / 1990	20 - 60	44%
		60 - 80	93%
MR	Stadnik / 1998	17 - 60	52%
		61 - 71	80%
MR	Weishaupt / 1998	20 - 50	72 - 100%
MR	Jarvik / 2001	35 - 70	91%

nente, por lo que se agrega nuestro segundo factor.

**EL MODELO BIO-PSICO-SOCIAL DEL DOLOR LUMBAR (BSS)**

La percepción del dolor es un fenómeno complejo, determinado por nuestras propias experiencias e interpretación. Se ve afectado por lo tanto por nuestro estado de ánimo y se cronificará si persiste por tiem-

po suficiente. En el dolor crónico sobran las experiencias clínicas y de investigación que muestran los diversos procesos que influyen. Estos son descritos con detalle en otro segmento de esta misma revista. He aquí nuestro primer desafío: tratar a cada paciente por un síntoma que se percibe distinto por otros pacientes.

Elementos sobre los cuales se ha inferido al factor BSS en la génesis del SDL:

**1.-** Resultado de operaciones de igual característica en dos grupos de pacientes con Espondilolistesis Espondilolítica y Enfermedad Discal Degenerativa Lumbar.

E. Carragee estudia en forma retrospectiva dos grupos de pacientes quienes recibieron cirugía de un nivel lumbar por Espondilolistesis Istmica y otro grupo por dolor lumbar crónico con discografía positiva para ese nivel, es decir con supuesto generador de dolor en esa unidad funcional vertebral. Los resultados fueron significativamente mejores para los operados por espondilolistesis, con diferencia estadísticamente significativa. La cirugía de estabilización efectuada en ambos grupos fue la misma, por el mismo equipo médico, bajo los mismos cuidados pre y post operatorios. En suma, similar población, sólo diagnóstico diferente, uno estructural claramente patológico, el otro basado sólo en alteraciones discales y discografía positiva en ese sólo disco, pero con historia de dolor crónico. La clara diferencia de los resultados, sólo se explica por la presencia del factor psicológico que afecta negativamente la evolución de los con dolor discógeno crónico, o bien que el dolor reproducido no es la verdadera causa del dolor lumbar en este mismo grupo (9).

**2.-** Wadell (10) en 1996 publica la variación del número de discapacitados por año producto de dolor lumbar en Gran Bretaña. Esta tiene una curva exponencial desde la década de los 80. Es decir, cuando la tecnología quirúrgica mejoró, cuando la imagenología y nuestra capacidad de hacer diagnósticos anatómicos precisos aumentó, el resultado de nuestra terapéutica empeoró dramáticamente. Paralelamente la tasa de intervenciones quirúrgicas en Gran Bretaña aumentó en forma exponencial. La explicación puede estar en dos puntos. Primero, el aumento de diagnóstico anatómico favoreció un mayor número de cirugías pero empeoró el resultado final, es decir se operaron pacientes que no tenían que operarse, empeorando la historia natural de la enfermedad. Segundo, existe una causa de cronicidad e incapacidad sub diagnosticada y francamente sub tratada. Pudiera tratarse de los factores psicosociales.

**3.-** Existen múltiples estudios que revelan aumento del riesgo de discapacidad en pacientes portadores de Síndrome depresivo, descontento laboral y alteraciones en tests psicométricos variados, en especial MMPI, SF36, Beck, etc. Como ejemplo, el senado de Estados Unidos, en vista del incremento importante en los gastos de salud generados por Dolor Lumbar, solicitó a la Academia Nacional de Ciencia, hacer un estudio de las causas de cronicidad en dolor lumbar. Aparecieron como causa mecánica u orgánica la exposición a vibraciones, trabajos pesados con transporte de pesos y giros continuos de columna. La asociación de factores psicológicos apareció fuertemente. Los factores asociados fueron: Insatisfacción laboral, trabajo monótono, pobre soporte social

y familiar, alta percepción del stress, alta demanda de trabajo y compensación laboral. Otros estudios agregan depresión y actitud frente al dolor (Coping, donde elementos de catastrofización, pasividad e idealización son factores de mal pronóstico) (8).

Para intentar determinar factores y probar estos hechos, se diseñó un trabajo clínico prospectivo, que consideró 500 pacientes en riesgo de desarrollar importantes cambios degenerativos de su columna, pero sin dolor lumbar previo. El riesgo de desarrollo de degeneración discal en pacientes atendidos por patología degenerativa cervical y pacientes con problemática de columna lumbar, sujetos a stress laboral, o trabajo pesado. Se tomaron RX y RNM basales así como tests psicométricos. Durante cinco años se controlaron y frente a la aparición de dolor lumbar se reevaluaron clínicamente, imagenológicamente y psicológicamente. El modelo de pacientes de riesgo funcionó, ya que el número de crisis de dolor lumbar fue mucho mayor que para la población general. Del análisis de las crisis de dolor, no hubo correlación de aparición de dolor con cambios en las imágenes degenerativas discales, zonas de alta intensidad anulares, protrusiones o cambios Modic. Hubo relación de dolor en pierna con aparición de hernias discales como único elemento en lo clínico-imagenológico. Contrariamente las mayores crisis de dolor, los eventos incapacitantes y la cronicidad, apareció fuertemente asociada a variables psicosociales basales alteradas (11).

Finalmente, revisiones del grupo de columna del Cochrane, han determinado como único tratamiento útil en el manejo del dolor lumbar crónico, la terapia basada en equipos multidisciplinarios, donde se trata al paciente bajo una mirada integral, física y psicosocial (12).

- 1.- Muchas imágenes patológicas en asintomáticos.
- 2.- Pobre correlación entre la clínica e imágenes.
- 3.- Considerar el factor psicosocial.
- 4.- Detectar depresión.
- 5.- No catastrofizar ni identificar como grave los cambios radiológicos.

### CAUSAS DE FRACASO DE LA CIRUGÍA DE COLUMNA

Se define Fracaso de Cirugía de Columna, como la persistencia de dolor crónico no aliviado, agravado o recurrente de columna lumbar baja, extremidad inferior o ambas, en pacientes post operados de columna lumbar.

Se describen las principales causas de fracaso de cirugía espinal y guías para evitarlos.

Se pueden identificar varias causas de fracaso, a saber:

- A.- Inadecuada selección de paciente.
- B.- Diagnóstico incorrecto.

- C.- Procedimiento inadecuado; técnica quirúrgica deficiente.
- D.- Progresión normal de la enfermedad.

Analizaremos cada factor por separado.

#### A.- Inadecuada selección del paciente:

Indicación incorrecta:

El arte de la medicina está en saber a quién indicar uno u otro procedimiento. Quién ejecute el procedimiento, si lo realiza correctamente, es menos importante. En este contexto, el médico se enfrenta a varios problemas.

- 1.- Desconocimiento de la historia natural de las enfermedades.
- 2.- Falta de conocimiento de factores de mal pronóstico en diversas patologías.
- 3.- Impaciencia por no poder resolver rápida y definitivamente la patología dolorosa del paciente.
- 4.- Ausencia de estándares de tratamiento para diversas patologías.
- 5.- Diferencias de apreciación y conducta derivadas de nuestra formación.
- 6.- Presión de la Industria para utilizar diversos aditamentos tecnológicos.

Los primeros factores encuentran una respuesta en la medicina basada en evidencia. Los dos últimos derivan de la falta de respuesta a los primeros. Por desgracia, los trabajos científicos publicados hasta el momento, no nos permiten concluir con certeza las ventajas de uno u otro tratamiento en diversas patologías de columna. Esto se debe a lo difícil que es lograr randomizaciones en clínica, seguimientos adecuados y análisis homogéneo de las casuísticas.

La historia natural y factores de buen o mal pronóstico de patologías como la espondilolistesis degenerativa, HNP lumbar, Escoliosis, Infecciones del raquis, fracturas, tumores primarios y metastáticos, estenosis raquídea, son relativamente conocidos. Este conocimiento nos llevará a ser conservadores con pacientes que presentan una espondilolistesis degenerativa estable, ya que su evolución será a la mejoría; y quirúrgico en las inestables, ya que en estos tiende a progresar la enfermedad. El punto está en determinar a cual grupo pertenece un paciente dado. En HNP lumbar, se conocen factores que determinan tasas elevadas de recurrencia herniaria, dolor lumbar persistente u otras complicaciones. Sabiendo que la historia natural de la enfermedad nunca lleva a la paraplejia (excepto el Síndrome de la Cauda Equina), y que al año los pacientes tratados con cirugía o conservadoramente tienen similares resultados clínicos (13, 19) se deben balancear los riesgos y beneficios de una operación en cada paciente. Lo mismo ocurre en las otras entidades clínicas enunciadas. Un punto aparte es la cirugía para el tratamiento del dolor lumbar discógeno crónico. En este caso no se ha demostrado que el manejo conservador, con programa de ejercicios específicos sea peor que el tratamiento quirúrgico (14). Por lo tanto se debe considerar siempre el tratamiento conservador en estos pacientes. Cualquier desconocimiento o error en la evaluación de estos factores, llevará a tomar una equivocada decisión terapéutica, concurriendo en

falla de elección del paciente, con el consiguiente riesgo de fracaso. Recientemente se ha publicado un meta análisis del tratamiento quirúrgico en dolor lumbar crónico. En este estudio Mirza (15) encuentra sólo cuatro trabajos randomizados, prospectivos y doble ciego. Sólo uno de ellos muestra resultados favorables con cirugía en relación a tratamiento médico (16). Sin embargo, en éste, el grupo no operado no es sometido a ningún tratamiento médico estandarizado, y sólo se limita a diversas terapias simples, sin tener el manejo recomendado para estos pacientes. Willems (4) muestra un 46% de mejoría clínicamente relevante en pacientes tratados con cirugía y 45% para los que siguieron tratamiento conservador en equipo multidisciplinario.

La impaciencia y desesperanza que genera el tener un paciente con dolor persistente sin alivio a pesar de la terapéutica indicada, NO se resuelve con una cirugía. Se puede resolver sólo con un diagnóstico orgánico acabado y de certeza, además de un diagnóstico psicológico realizado por psicólogos expertos en Dolor. A pesar de todos nuestros esfuerzos, existirá cerca de un 80% de los pacientes en los que el diagnóstico orgánico no se logra, y por lo tanto debemos recurrir a lo único probado más efectivo en estas patologías, que son las unidades de tratamiento multidisciplinario (12). En resumen, el dolor NO se opera.

Los estándares de tratamiento no están claros en patología de columna, pudiéndose enfrentar una misma patología con diversas soluciones terapéuticas, como por ejemplo el tratamiento de la estenosis raquídea con o sin artrodesis, y ésta con o sin instrumentación. Sólo para enfermedades definidas, como las espondilolistesis de alto grado, los tumores primarios de columna, ciertas metástasis, los traumatismos de columna, los abscesos peridurales, el síndrome de la cauda equina de origen discal y algunas infecciones vertebrales, son definitiva y probadamente mejoradas con tratamiento quirúrgico. Incluso en el tratamiento de las HNP, existen trabajos que muestran similares resultados a mediano plazo. En esta patología específica, existen trabajos de largo seguimiento bien diseñados que muestran una rápida mejoría en pacientes operados vs. no operados, con ligeros mejores resultados pero con mayor satisfacción del paciente en los primeros (16).

La historia de la cirugía en columna tiene diversos ejemplos de terapias utilizando implantes recomendados por la industria, y médicos afines a ellas o creadores de dichos implantes. Si tomamos el ejemplo de las cajas roscadas de BAK de titanio, utilizadas efusivamente en la década del 90, veremos que tuvieron un impresionante auge y luego de un tiempo de evaluación una no menos impresionante caída, finalizando en el más absoluto descrédito y abandono. Toda tecnología debe ser utilizada racionalmente luego de pasar por la prueba del tiempo.

#### B.- Diagnóstico incorrecto:

Aquí el problema de las imágenes es relevante. Como vimos previamente, encontraremos muchos hallazgos pero poca asociación de ellos con el origen del dolor de los pacientes. Kjaer, (7), muestra escasa correlación del dolor con fenómenos degenerativos del disco intervertebral,

Carragee (11), muestra escasa asociación de discografías positivas con patología orgánica y muy alta correlación con patología psicológica. Estos datos que confunden, nos deben hacer enfrentar el diagnóstico de la patología de columna con criterio y extrema precaución. Debemos en lo posible, operar sólo aquellos pacientes en que la correlación clínica e imágenes sea completa y ojalá acompañado de una prueba terapéutica positiva. Este es el punto donde los bloqueos facetarios y radiculares selectivos cobran relevancia. En ausencia de este problema, nos queda un segundo, no menos importante, que se refiere al difícil diagnóstico de algunas patologías vertebrales, como son la aparición de estenosis dinámicas que no son evidenciables en exámenes estáticos como la Resonancia Magnética. Así, una estenosis sub articular dinámica o un quiste sinovial facetario pueden pasar inadvertidos como causa del dolor.

Hay una variedad de patologías que simulan enfermedades de la columna que tienen origen en otras estructuras. Así por ejemplo, la existencia de una protrusión foraminal L4-L5 (recordemos que están presentes en un 30% de pacientes asintomáticos), en presencia de un cuadro doloroso lumbocrural, nos puede desviar del diagnóstico correcto de una Plexitis Lumbar. De más está decir que el resultado de la cirugía de esa hernia será pésimo. Son detalles de la historia y el examen físico los que harán que un médico experimentado y acucioso hagan el correcto diagnóstico. Los errores diagnósticos más frecuentes corresponden a:

- 1.- No identificación de patología asociada; estenosis del receso lateral asociada a una HNP, inestabilidad del segmento, asociación a canal estrecho adquirido o congénito.
- 2.- Malformaciones o variaciones anatómicas como raíz conjunta, vértebras de transición lumbosacra, etc.
- 3.- Desestimar otra patología como artrosis de caderas, plexitis lumbar, radiculopatías de causa médica.

La sospecha clínica debe ser confirmada con exámenes específicos o procedimientos de infiltración locales para poder hacer diagnóstico de certeza en los casos dudosos o no claros.

### C.- Procedimiento inadecuado:

Si tomamos en cuenta lo anterior, disminuirémos el riesgo de efectuar un procedimiento inadecuado. Pero a pesar de actuar en el mejor paciente, con la mejor indicación, durante la cirugía pueden ocurrir eventos que conduzcan a un fracaso. En este sentido, hay evidencias en la literatura médica que confirman que accidentes como la rotura dural en el intra operatorio se correlaciona con peor evolución post operatoria (17). Sobradamente sabemos de los efectos del manejo inadecuado o traumático de las raíces lumbares o de los efectos de una exagerada descompresión con la consiguiente desestabilización del segmento. Nuestra técnica quirúrgica puede influir directamente en la incidencia de infecciones post operatorias, dolor residual, necesidad de re operaciones e incluso en el desarrollo futuro de nuevas patologías como los síndromes transicionales.

### D.- Progresión de la enfermedad:

A pesar de elegir adecuadamente al paciente, haber hecho el correcto diagnóstico y realizado una perfecta cirugía, hay factores imposibles de manejar. Estos son los que dependen directamente de la biología del paciente. La posibilidad de recidiva herniaria tiene mucho que ver con las características del disco y de la calidad biológica de la unidad funcional vertebral y poco que ver con la técnica quirúrgica. El desarrollo de una osteocondritis erosiva en un nivel operado o bien adyacente a una fusión, será de estricta causa biológica. El comportamiento de la cicatriz post operatoria con componente hipertrófico, asociado a una inestabilidad vertebral, darán dolor radicular post operatorio sin que sea problema de la cirugía índice. Un sinnúmero de factores no predecibles y de aparición al azar determinarán un mal resultado quirúrgico a pesar de haber hecho todo bien.

Aún cuando la indicación fue la mejor, la técnica depurada, el paciente perfecto, existe el fracaso a la cirugía discal. Un 40% queda con dolor residual, sólo el 71% queda contento con su cirugía y el 25% debe re operarse de su columna lumbar en largo plazo (18).

En suma, pocos dolores derivados del sistema músculo-esquelético son más complejos que el dolor lumbar. Suele asociarse a patología psicosocial que habitualmente es ignorada. Se confía más en las imágenes que en la clínica, llevándonos a equivocadas conclusiones. Se pierde con esto el arte de la medicina, que es el saber escuchar y examinar al paciente. Si bien nuestros pacientes desconfían de nuestro examen, dándole más importancia a los elementos imagenológicos objetivos, es nuestro deber hacer la correcta evaluación y correlación clínico radiológica al momento de tomar decisiones terapéuticas. Será un segundo deber educar a nuestros pacientes y no temer al mostrar la importancia de factores psicológicos incluidos en su patología cuando corresponda.

Los desafíos en el manejo de la patología dolorosa de columna están recién despejándose. Mientras no llegue ese momento es importante recordar a Hipócrates: "Prima Non Nocere".

### BIBLIOGRAFÍA

1. Allan, Wadell, 1989. An historical perspective on low back pain and disability. Acta Orthop Scan. Suppl. 234: 1-23.
2. Banderas rojas e incidencia de patología en dolor lumbar.
3. Roughley, Biology of intervertebral disc aging and degeneration. Spine Vol 29, N 23 2691-2699. 2004.
4. Willems, Provocative Discography and Lumbar fusion. Spine Vol 32 N10, 1094-1099, 2006.
5. Carragee, Surgical treatment of lumbar degenerative disc disease. JAMA; Vol 296, N 20 2485-87.

6. Magnetic resonance imaging and Low Back Pain in Adults. A diagnostic study of 40-Year-Old men and women. Spine, Vol 30 n 10, 2005.

7. Kjaer. Incidence and course of low back pain episodes in the general population. Spine Vol 30, N 24, 2817-2823, 2005.

8. National Academy of Science. Report to the USA Congress.

9. Carragee. Psychological and Functional profiles in select subjects with low back pain. Spine J. 1:198-204.

10. Waddell, Spine, vol 21 # 24 1996.

11. Carragee, Provocative Discography in volunteer subjects with mild low back pain. Outstanding paper Award. NASS Chicago, 2003.

12. Rehabilitación Multidisciplinaria Biopsicosocial en SDL Sub Ag. En Adultos en Edad Laboral. Revisión en Cochrane Col. Rev. Back Group. Spine, vol 26 #3, 2001.

13. Atlas, Deyo. Long term outcome of surgical and non surgical management of ciática secondary to a lumbar disc herniation: 10 years results from the Maine Lumbar Spine Study. Spine, Vol 30 N. 8, 927-935, 2005.

14. Brox, Randomized clinical trial of lumbar instrumented fusion and cognitive intervention and exercise in patients with chronic low back pain and disc degeneration. Spine Vol 28 1910-21, 2003.

15. Fritzell, 2001 Volvo Award in clinical Studies. Lumbar Fusion vs nonsurgical treatment for chronic low back pain: A multicenter randomized control trial from the Swedish Lumbar Spine study Group Spine 2001 Vol 26 2521-32.

16. SPORT Trial in Lumbar Disc Herniation, JAMA Vol 296 Number 20 2006, Maine Study in lumbar disc Herniation, Spine Vol 30 Number 8 2005.

17. Saxler, The long-term clinical sequelae of incidental durotomy in lumbar disc surgery. Spine Vol 30, N 20, 2298-02. 2005.

18. Atlas, Spine 30 N 8, 2005.

19. Mirza, Systematic Review of Randomized Trials Comparing Lumbar Fusion Surgery to Nonoperative Care for Treatment of Chronic Back Pain. Spine 32 N 7 2007.



districath

CARTE DE PORTEUR DE CHAMBRE IMPLANTABLE

Representante exclusivo para Chile de KIDROLASE® y DISTRICATH®

San Ignacio 1000, Quilicura, Santiago, Chile / Mesa Central: (56 2) 7306100 / Fax: (56 2) 7335062 / [www.munnich.cl](http://www.munnich.cl)