

discal visible en imágenes y totalmente asintomáticos. Esto crea una situación potencialmente peligrosa, en la cual se podría interpretar la sintomatología secundaria a un tumor, como producida por una hernia discal, por otro lado asintomática. La tomografía computada (TAC) es especialmente susceptible a este tipo de error, por tratarse de un examen que con frecuencia sólo se efectúa con cortes axiales, y que al ser focalizada sólo a la investigación de una posible hernia discal, puede pasar completamente por alto una lesión más alta en el canal espinal. No es inusual ver una TAC de columna lumbosacra, que sólo incluye cortes a nivel discal en los segmentos L3-4, L4-5 y L5-S1.

Un número importante de enfermedades que producen lumbociática pueden ser detectadas, o al menos sospechadas, en base a la historia clínica y hallazgos del examen físico. La configuración longitudinal de las raíces de la cola de caballo, permite que lesiones en diversos niveles puedan generar síntomas de compromiso radicular muy similares, y si no se tienen en cuenta detalles de la historia principalmente, o del examen físico, la presencia de una lesión atípica puede pasar indetectada.

CUADRO CLÍNICO

El síntoma inicial más común de un disco herniado, es el dolor en la región lumbar que puede ser de comienzo agudo, y a veces de comienzo gradual. Usualmente, pero no siempre, hay una historia de trauma o injuria aguda que precede al dolor. En ausencia de este antecedente, muchos pacientes relatan una historia de múltiples episodios de dolor lumbar sin compromiso ciático que se resolvieron espontáneamente. Después de algunas horas o días, aparece dolor incapacitante hacia la extremidad inferior. Esto puede acompañarse de parestesias o pérdida de sensibilidad en el dermatoma afectado. Ocasionalmente hay disminución de fuerza en los grupos musculares afectados. Característicamente el dolor se agrava con los cambios de posición, así como toser, estornudar o realizar algún esfuerzo. En muchas ocasiones, el paciente relata un alivio relativo del dolor lumbar cuando comienza el dolor ciático, probablemente relacionado a una reducción de la distensión de ligamentos y anillo fibroso al extruirse el disco. Este es el cuadro clásico, pero presenta muchas variantes de acuerdo al caso individual y el nivel afectado. Estas diferencias pueden ser debidas a las variaciones anatómicas individuales, o a que una protrusión discal en un mismo nivel puede no siempre afectar a la raíz esperada, o comprimir más de una raíz. Estas inconsistencias son posibles, y el examinador siempre tiene que correlacionar cuidadosamente los hallazgos semiológicos con los estudios de imagen.

A continuación se revisan someramente y en forma didáctica las distintas causas de un síndrome lumbociático

ENFERMEDADES DEGENERATIVAS NO ASOCIADAS A HERNIA DISCAL NI ESTENORRAQUIS

En la enfermedad degenerativa crónica del disco asociada a osteoartritis generalmente hay un dolor sordo, con rigidez y molestia cuando el

paciente está inmóvil. Estos síntomas se alivian al menos parcialmente con la actividad suave o moderada. Cuando se sospecha espondilitis anquilosante el diagnóstico usualmente puede ser confirmado con radiografías simples y determinación de HLA-B27.

El quiste sinovial, que se asocia a la patología de la articulación facetaria, puede producir un cuadro de lumbociática severa e invalidante muy aguda.

SÍNDROME PIRIFORME

El músculo piriforme participa de la rotación externa de la cadera, y el nervio ciático pasa por debajo, y a veces entre las fibras del músculo piriforme. Este músculo puede comprimir e irritar al nervio ciático. No está claro el por qué se puede generar esta condición. A veces existe el antecedente de una caída, que puede iniciar el fenómeno de irritación, pero no es un dato frecuente. Se produce dolor a lo largo de todo el trayecto del nervio ciático, pero los fenómenos deficitarios son muy infrecuentes. La compresión en la posición sentada puede desencadenar el dolor, y a veces los pacientes se sientan con el lado afectado elevado para evitar la compresión.

La resonancia magnética (RM) de pelvis permite descartar otras condiciones, y a través de una técnica llamada neurografía, permite sugerir el diagnóstico. La infiltración del músculo con un anestésico local, guiado por imágenes, permite confirmar la sospecha, ya que al paralizar al músculo piriforme, el dolor cede (3).

El tratamiento es fundamentalmente médico-kinésico. La terapia física permite disminuir el espasmo y contractura del músculo, aliviando la compresión. Cuando este tratamiento fracasa, se puede recurrir a inyecciones locales. Se han empleado corticoides junto con anestésicos locales, y últimamente toxina botulínica, como apoyo a un programa de kinesioterapia, con buenos resultados. En última instancia se considera la cirugía, que requiere de la sección del tendón del músculo piriforme, o la sección parcial de las fibras para reducir la presión.

TUMOR DEL NERVO CIÁTICO

El nervio ciático puede ser el lugar de asentamiento de un tumor propio del nervio, o ser comprimido por lesiones vasculares de vecindad. En general estas causas se sospechan con la palpación sistemática del trayecto del nervio en la extremidad inferior, y el propio paciente a veces apunta hacia el lugar donde se origina la compresión. El tumor más frecuente es el schwannoma, generalmente como parte de la neurofibromatosis tipo I. El dolor casi nunca es el síntoma predominante, y generalmente hay otros signos deficitarios sensitivos y motores. Tanto la RM como la ecotomografía del nervio permiten precisar el diagnóstico, al tiempo de excluir compresiones extrínsecas de otro tipo. El schwannoma generalmente es un tumor dependiente de la vaina del nervio y puede ser extirpado manteniendo la continuidad del mismo. Incluso en aquellas lesiones que parecen dilatar difusamente el nervio,