

INTRODUCCIÓN AL TEMA CENTRAL: COLUMNA LUMBAR

DR. ROBERTO POSTIGO T.
DEPARTAMENTO TRAUMATOLOGÍA.
CLÍNICA LAS CONDES.

DR. JOSÉ MIGUEL SELMAN R.
DEPARTAMENTO NEUROCIROLOGÍA.
CLÍNICA LAS CONDES.

Las enfermedades del raquis han adquirido importancia en el quehacer del médico clínico debido a su frecuencia, ya que afecta principalmente a individuos en plena etapa productiva, transformándose en un tema relevante de salud pública por sus costos.

El desarrollo de la medicina ha dejado la resolución quirúrgica del problema del dolor lumbar básicamente en las manos de dos especialidades: neurocirugía y traumatología. Dentro de ambas especialidades se han debido formar sub-especialistas en el tema, debido a la frecuencia y a la alta complejidad de éste. Así, la tendencia actual es a la formación de especialistas en Columna, independiente de la especialidad básica del cirujano. Quien debe manejar la cirugía de columna es el que esté especializado en ello.

Los avances en las técnicas de diagnóstico por imágenes, nos dejan al descubierto la anatomía detallada del segmento a estudiar, como ocurre con el Scanner Multicorte o la Resonancia Magnética Nuclear. Estas imágenes son muy atractivas, y el peligro de dejar de lado la clínica en la evaluación de estos pacientes es aún mayor. Es así como en un alto porcentaje de pacientes asintomáticos menores de 40 años, a los cuales se les realiza RNM o TAC, se detecta un 30% de hernias discales, degeneración discal en un 40% y hasta en 100% en mayores de 65 años. Otras alteraciones radiológicas, como la existencia de fisuras anulares discales, protrusiones discales y osteofitos marginales o artrosis facetaria pueden ser irrelevantes en la génesis del dolor lumbar.

Así mismo, existen alteraciones radiológicas que tienen una más alta correlación con la generación del dolor, como son los desplazamientos traslacionales (espondilolistesis), laterales mayores de 120mm (late-

rolistesis), cambios de la estructura del hueso subcondral (cambios Modic), y cambios de señal en el disco intervertebral en especial en secuencias con Gadolinio, como es el caso de las discitis. No debe olvidarse la patología del arco posterior y de la musculatura paravertebral, en especial la Sinovitis facetaria, quistes sinoviales facetarios intrarraquídeos, etc... La presencia de hipermovilidad de un segmento vertebral en estudio radiológico dinámico debe ser manejada con precaución, ya que puede tratarse de un fenómeno transitorio dentro de la evolución de la degeneración normal de un segmento lumbar. Así todo, lo más frecuente de encontrar en un paciente con dolor lumbar son cambios irrelevantes en la anatomía radiológica. Estudios que hacen seguimiento de poblaciones en riesgo de dolor lumbar, han determinado que las crisis de dolor no tienen relación con cambios anatómicos, y por el contrario, tienen más relación con factores psicosociales. Más aún, sólo el 1% de los casos tiene dolor incapacitante. Sólo los pacientes que acusan dolor en una pierna asociado al dolor lumbar, que generalmente traduce compresión radicular, tienen fuerte asociación con aparición de cambios anatómicos en las imágenes. La imagenología, aunque atractiva para dar una respuesta al paciente, debe ser valorada en un fuerte contexto clínico.

Del análisis de las incapacidades por dolor lumbar realizado por G. Wadell en 1996, existe un aumento exponencial de jubilaciones por dolor lumbar asociado fuertemente a un aumento paralelo de las cirugías de columna en la población estudiada. Esto se explica por el equívoco de pensar que el dolor lumbar tiene sólo origen orgánico, y que podemos tratar el dolor con cirugía. El dolor es una experiencia compleja, aún no bien entendida por nosotros, por lo que simplificar su causa pavimenta un camino al fracaso. Este fracaso del pensamien-

to cartesiano en el manejo del dolor lumbar, ha hecho enfocar parte de los estudios al aspecto psicológico del paciente con lumbalgia. La relevancia y resultados de la incorporación de esta variable en el manejo del dolor lumbar están a la vista en todas las publicaciones del tema. Así entonces, el clínico tiene la obligación de realizar una minuciosa anamnesis, cuidadoso examen clínico y una adecuada valoración de factores de riesgo psicosocial. Esto hace de la consulta médica un paso obligado y de primera importancia en la evaluación del dolor de columna. Invariablemente debemos introducirnos en las variables psicológicas del paciente, proceder nada de simple frente a quién consulta por dolor. Sólo la adecuada relación, entendimiento y apoyo al enfermo harán que éste acepte la influencia de los factores psicológicos.

En la decisión del tratamiento de toda patología, se debe tener como base la historia natural de la enfermedad. La agresividad del tratamiento, por lo tanto, tiene que estar en relación a cuan necesario sea cambiar esa historia natural. De aquí derivan las bases de las correctas decisiones terapéuticas, así como la fuente más común del fracaso. Diversos estudios de seguimiento nos ayudan en este contexto. Sabemos que la historia natural de la enfermedad degenerativa discal lleva a la estabilización del segmento merced a la formación de artropatía facetaria, osteofitos corporales y rigidez del disco intervertebral. Sabemos que una hernia discal cervical tiene una tasa de curación espontánea de alrededor del 90%, y las lumbares en alrededor del 80%. Sabemos que el severo compromiso radicular compresivo se trata mejor con cirugía que sin ella. Las espondilolistesis grado I a II, suelen tener un comportamiento benigno, a diferencia de las de alto grado. Así mismo, conocemos el comportamiento epidemiológico de la mayoría de las afecciones del raquis.

Teniendo en cuenta lo anterior, es fácil comprender que la gran mayoría de las afecciones vertebrales se tratarán con medidas conservadoras, sin llegar al tratamiento quirúrgico. Pero ¿qué sabemos del resultado de estos tratamientos? La medicina basada en evidencia nos afirma que es poco lo que podemos hacer para cambiar la historia natural de la enfermedad, en muchos casos de dolor lumbar recurrente, que por cierto es el 95% de la patología que afrontamos. Los antiinflamatorios sólo disminuyen la intensidad del dolor pero no afectan la historia natural éste. Los miorrelajantes sólo sirven para lograr un mejor sueño. Los opiáceos suelen ser adecuados en el manejo del dolor hiper-agudo, pero no tienen efecto a largo plazo. La terapia física con diversos tipos de calor, ultrasonido y otras son inefectivas también. Hasta el reposo en cama se ha comprobado que es deletéreo en el ma-

nejo del dolor lumbar, atrasando en forma significativa la recuperación funcional. Parece ser que el permanecer activo es el mejor consejo terapéutico. La terapia kinésica suele ser un pilar de tratamiento que contribuye a mejorar la condición de actividad del paciente, pero no está probada su eficacia en el control del dolor. Toma nuevamente relevancia el manejo conductual y psicológico, favoreciendo una adecuada conducta de enfermedad, evitando el pensamiento catastrófico y la ilusión de una recuperación casi milagrosa. Se debe favorecer en cambio, el pensamiento positivo, evitar la kinesiofobia y hacer partícipe al paciente del manejo de su enfermedad y reforzar el concepto del pronóstico benigno de esta.

El tratamiento quirúrgico queda reservado pues, sólo a aquellos pacientes en que la evolución de la enfermedad puede ser alterada significativamente por la cirugía. Debemos estar concientes además, que la cirugía no suele ser curativa, ya que solo trata un segmento espinal y no la columna completa, quedando los segmentos no tratados a merced de igual o distinta patología. Incluso, el mismo nivel operado puede dar problemas futuros como ocurre en la recidiva herniaria, que en columna lumbar varía entre el 4 y 15%, según características del segmento tratado. Buscando solución a estos problemas, el desarrollo de la cirugía espinal ha derivado al terreno de la mínima invasión, con la esperanza de poder mejorar los resultados hasta ahora obtenidos. En muchos casos, la solución a diversas enfermedades degenerativas es la fusión espinal, tratamiento que suele tener éxito en el 85% de los casos cuando está correctamente indicada, pero que también puede favorecer el desarrollo de nuevas patologías en el nivel adyacente. El futuro, dirigido a la causa genética de la patología del raquis por medio de la terapia génica está naciendo, y diversos investigadores están en ese rumbo, lo que nos permite confiar en una solución etiológica de las enfermedades del raquis.

La prevención juega un rol sumamente importante. La mejor calidad de vida, actividad deportiva y cuidados posturales, nos protegen de la patología dolorosa degenerativa. El abandonar hábitos como el tabaquismo y la obesidad, hacen más exitosos nuestros tratamientos. El mejor cuidado de la calidad ósea en especial en las mujeres, evita la alta frecuencia de fracturas osteoporóticas vertebrales en ancianos.

En este número de la Revista Médica de Clínica Las Condes, hemos revisado algunos temas de columna para intentar dar una visión actualizada del problema, el que por su frecuencia, debe ser manejado por todos los médicos. Esperamos que sea de utilidad para la práctica clínica diaria.