

ARTÍCULO ESPECIAL

Patología degenerativa en la columna lumbar



F.M. Kovacs^{a,b} y E. Arana^{b,c,*}

^a Departamento Científico, Fundación Kovacs, Palma de Mallorca, España

^b Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda (REIDE), España

^c Servicio de Radiología, Fundación IVO, Valencia, España

Recibido el 17 de mayo de 2015; aceptado el 16 de diciembre de 2015

Disponible en Internet el 10 de febrero de 2016

PALABRAS CLAVE

Lumbalgia;
Ciática;
Columna;
Estenosis del
conducto espinal;
Diagnóstico por la
imagen;
Resonancia
magnética;
Tratamiento;
Neurorreflejo terapia

KEYWORDS

Low back pain;
Sciatica;
Spine;
Spinal canal stenosis;
Diagnostic imaging;
Magnetic resonance
imaging;
Treatment;
Neuroreflexotherapy

Resumen En los últimos 25 años, la investigación científica ha cambiado drásticamente el concepto y el manejo clínico de la lumbalgia. La mayoría de los hallazgos por la imagen, incluyendo los degenerativos, reflejan peculiaridades anatómicas o propias del envejecimiento normal, y resultan clínicamente irrelevantes; las pruebas de imagen sólo han demostrado ser útiles cuando se sospecha enfermedad sistémica o existe indicación quirúrgica por compresión medular o radicular persistente. El informe radiológico debe indicar los puntos clave de la compresión neural, soslayando otros hallazgos intrascendentes. Muchos tratamientos han demostrado ser ineficaces, y algunos contraproducentes, pero existen incentivos económicos y demandas asistenciales para seguir prescribiéndolos. Aplicar las pautas de manejo clínico comprobadamente efectivas mejora los resultados clínicos, disminuye la iatrogenia y reduce el derroche injustificado de gastos sanitarios.

© 2016 SERAM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Degenerative disease of the lumbar spine

Abstract In the last 25 years, scientific research has brought about drastic changes in the concept of low back pain and its management. Most imaging findings, including degenerative changes, reflect anatomic peculiarities or the normal aging process and turn out to be clinically irrelevant; imaging tests have proven useful only when systemic disease is suspected or when surgery is indicated for persistent spinal cord or nerve root compression. The radiologic report should indicate the key points of nerve compression, bypassing inconsequential findings.

Many treatments have proven inefficient, and some have proven counterproductive, but they continue to be prescribed because patients want them and there are financial incentives

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aranae@uv.es (E. Arana).

for doing them. Following the guidelines that have proven effective for clinical management improves clinical outcomes, reduces iatrogenic complications, and decreases unjustified and wasteful healthcare expenditures.

© 2016 SERAM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Definición

La lumbalgia mecánica se define como el dolor localizado entre las costillas y el límite inferior de las nalgas, habitualmente acompañado de limitación dolorosa del movimiento y en ocasiones de dolor referido o irradiado a los miembros inferiores (sea uno o ambos), originado en estructuras de la columna vertebral (vértebras, discos, músculos o ligamentos) y no causado por traumatismos directos, fracturas ni enfermedades sistémicas (infecciosas, endocrínicas, metabólicas, renales, vasculares, digestivas ni ginecológicas)¹.

Prevalencia y epidemiología

La lumbalgia es la principal causa de incapacidad en el mundo y uno de los principales motivos de gasto sanitario². Su prevalencia vital entre la población general supera el 80%, pero la mayoría de los episodios («agudos») tienden a mejorar de manera espontánea y duran menos de 14 días³; si superan esta duración («subagudos»), aumenta la probabilidad de que se conviertan en crónicos (>90 días)⁴. El 20% de los pacientes crónicos generan más del 80% de los costes globales³.

Etiología

Antiguamente se asumía que la lumbalgia se debía a sobreesfuerzos o a la existencia de alteraciones estructurales del raquis, tales como degeneración del disco, articulación facetaria o afectación de los cuerpos vertebrales. Las imágenes degenerativas observadas en los pacientes con dolor crónico no son más frecuentes ni más avanzadas que las que se ven en personas sanas sin lumbalgia⁵⁻⁸. Todo apunta a que la degeneración del disco y la vértebra es propia del envejecimiento normal, y suele resultar irrelevante y asintomática^{5,6}. Sólo cuando excepcionalmente causa compresión nerviosa persistente puede requerir cirugía (p. ej., en casos de estenosis espinal sintomática por osteofitos o degeneración facetaria avanzada, con o sin espondilolistesis). Sin embargo, incluso en esos casos, lo patológico es la compresión y no la existencia de la degeneración en sí misma.

Los demás hallazgos radiológicos que se consideraban «enfermedades» (escoliosis, espondilólisis, espondilolistesis e incluso estenosis espinal o protrusión/hernia discal en ausencia de signos y síntomas de irritación o compresión

nerviosa) no se asocian con la existencia de dolor ni modifican el tratamiento ni el pronóstico⁶⁻¹⁰.

El dolor lumbar se debe a una enfermedad sistémica en aproximadamente el 1% de los casos, a una compresión nerviosa causada por una protrusión/hernia discal o una estenosis espinal en el 4%, y en el 95% restante a un «síndrome inespecífico»^{1,8} en el cual el dolor nace de las partes blandas. En los casos inespecíficos, ninguna prueba de imagen permite localizar el origen anatómico exacto del dolor^{1,5,8}, que se desencadena y persiste a causa de mecanismos funcionales indetectables mediante estas pruebas (disfunciones de la coordinación entre distintos grupos musculares, contractura, mecanismos neuroquímicos, etc.).

Si el dolor dura más de 14 días, se activan mecanismos neurofisiológicos que tienden a perpetuarlo, y que a partir de los 90 días pueden mantenerlo, aunque desaparezca la causa que inicialmente lo desencadenó^{4,11,12}. Ciertos genes pueden influir en la facilidad con que se activan esos mecanismos, así como en el ritmo de degeneración de las estructuras raquídeas^{11,12}, pero esto último no ha demostrado tener ninguna trascendencia clínica^{5,8}. En el riesgo de cronificación también influye la falta de potencia o de coordinación de la musculatura^{13,14}.

Presentación clínica

El síntoma fundamental es el dolor raquídeo de características mecánicas (influido por posturas, movimientos y esfuerzos), en ocasiones asociado a dolor referido o irradiado. La anamnesis identifica los casos de claudicación neurógena típica de la estenosis espinal (dolor irradiado a las nalgas o las piernas, tanto a una como a ambas, que aparece progresivamente con la deambulación, hasta impedirle, y desaparece rápido en sedestación). La exploración física permite detectar los signos de afectación radicular (dolor irradiado, a veces con hipoestesia, anestesia o parestesia a lo largo del dermatomo correspondiente, paresia, hiporreflexia o arreflexia en el miotomo correspondiente, y signos exploratorios característicos –Lasègue < 60°, Bragard, Brudzinsky–) que distinguen entre los casos debidos a compresión radicular por protrusión o hernia discal y los síndromes inespecíficos.

En la repercusión psicológica del dolor puede influir la personalidad del paciente, pero también la información proporcionada^{15,16}; transmitir que un hallazgo degenerativo es una «lesión irreversible que sólo puede empeorar» (sin explicar su irrelevancia, salvo que cause compresión nerviosa), hace que la persona se sienta peor^{15,16}.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4245070>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4245070>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)