

## Comentarios al caso clínico y respuestas del cuestionario sobre Canal lumbar estrecho

Publicado en *Ortho-tips* 2005; 1(2).

Víctor Paul Miramontes\*

### COMENTARIO DEL AUTOR

Se presentó un caso de lumbalgia con radiculopatía derecha en un paciente operado de hernia discal en el espacio L4-L5 cuya mielografía mostró un defecto de llenado y la resonancia magnética un gran fragmento discal que obliteraba más de 50% del conducto raquídeo.

Es obvio que el diagnóstico de hernia discal debe quedar excluido, ya que el paciente fue sometido a una discectomía por vía posterior; pues aunque sabemos que cuando se realiza una discectomía por esa vía sólo se logra resear entre 30 y 60% del disco, el resto del disco no queda libre y pocos años después se degenera y fragmenta, por lo que es poco probable se protruya o más aún que se excluya, ya que el proceso de cicatrización aprisiona totalmente estos fragmentos residuales. Algunos autores mencionan en sus casuísticas hernias recidivantes, sin embargo, la gran mayoría termina por concluir que se trata generalmente de una cirugía fallida. No existen datos clínicos para pensar en una neoplasia intrarraquídea, aunque debe ser considerada en el diagnóstico diferencial. A pesar de que existen datos degenerativos, no podemos concluir que el problema sea un conducto lumbar estrecho, no obstante que se aprecia un ligero engrosamiento del ligamento amarillo y artrosis facetaria leve en L4-L5. Los espacios discales se encuentran sanos y si consideramos que tenemos una cirugía previa el diagnóstico deberá ser: *Cirugía lumbar fallida*.

La cirugía lumbar fallida puede incluir rubros tan diferentes como las hernias discales o el conducto lumbar estrecho, pudiendo obedecer a cualquiera de los siguientes factores: error en el diagnóstico, indicación quirúrgica inadecuada, fallas en la técnica quirúrgica y/o incumplimiento del tratamiento por parte del paciente.

Un mal diagnóstico conducirá a un tratamiento inadecuado. Debe evitarse la planeación y realización de procedimientos quirúrgicos no convencionales cuando no se tenga la capacitación necesaria. En la planeación es imprescindible

\* Médico Ortopedista adscrito al Servicio de Columna Vertebral. Instituto Nacional de Rehabilitación. Secretaría de Salud

Dirección para correspondencia:

Víctor Paul Miramontes

Av. México-Xochimilco No. 289 Col. Arenal de Guadalupe. México Distrito Federal. Deleg. Tlalpan  
Correo Electrónico: [vmiramontes@inr.gob.mx](mailto:vmiramontes@inr.gob.mx)

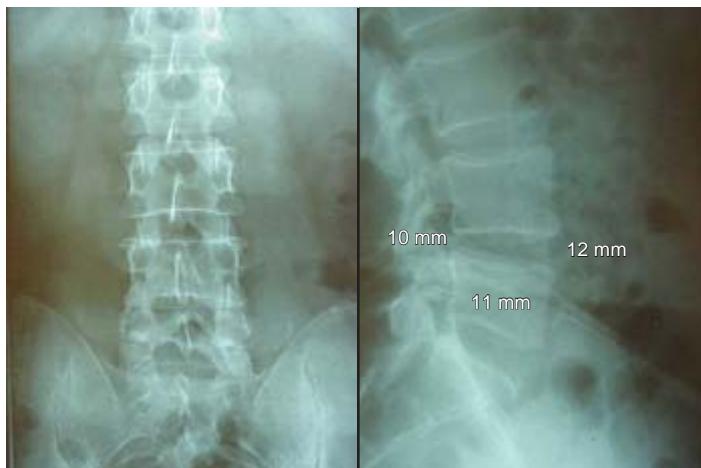
considerar si el paciente será capaz de realizar en forma estricta el tratamiento postoperatorio para garantizar el éxito del procedimiento.

Cuando se presenta compresión aislada de una raíz se debe iniciar tratamiento conservador a base de fisioterapia y analgésicos antiinflamatorios. En cambio, un déficit neurológico progresivo, un síndrome de *cola de caballo* o de *cono medular* son siempre indicación de descompresión raquídea en el tiempo más corto posible.

Los métodos alternativos como: mesas de masajes, rodillos, flexo-extensiones, tracciones, quiropraxia, aplicación de calor, acupuntura, etc., pueden ser de ayuda en el tratamiento, cuando su aplicación es realizada sin charlatanería y bajo un buen criterio médico.

Los fragmentos discales intrarraquídeos son una contraindicación para la discectomía percutánea automatizada y la anuloplastia. Los abordajes mínimos invasivos corren el riesgo de dejar fragmentos o empujarlos lejos del alcance del cirujano, además de no resolver la inestabilidad del segmento operado.

La discectomía clásica y la discectomía más fusión son los procedimientos que más se han utilizado en las últimas décadas. Sin embargo, intentando una cirugía funcional, no antifisiológica (la fusión es antifisiológica), realizar una discectomía aunada a una prótesis parcial o total con un control postoperatorio estricto del paciente parece ser la mejor alternativa, ya que permite recuperar y mantener el espacio discal, conservar la movilidad y evitar las sobrecargas en los espacios adyacentes, con lo que se previene “la enfermedad del disco adyacente”. El uso de una prótesis parcial (de núcleo) o total dependerá de la edad del paciente y del estado de las articulaciones, así como del espacio discal a operar.



**Figura 1.** Radiografías AP y lateral obtenidas en el periodo postoperatorio inmediato. Obsérvese la recuperación del espacio L4 – L5.

## DESENLACE DEL CASO

- Se le realizó nucleotomía, liberación del conducto raquídeo y colocación de prótesis de núcleo "PDN SOLO" XL en L4-L5 con ancla, así como ligamento-plastia interespinal y supraespinala de L4 a S1 por vía posterior.
- Es egresado al quinto día de P. O. con corsé de acrílico.
- Las imágenes postoperatorias se muestran en las *figuras 1 y 2*.



**Figura 2.** Control radiográfico, AP y lateral a los 2 meses de la cirugía.

### Evolución postquirúrgica a 2 meses

- Remisión completa del dolor lumbar y radicular.
- Refiere remisión de trastorno digestivo y de la erección.
- Fuerza 3/5 para la dorsiflexión.

### Respuestas a los 15 reactivos de opción múltiple sobre canal lumbar estrecho

1. b	9. c
2. V V V V F	10. a
3. b	11. b
4. c	12. c
5. c	13. d
6. d	14. d
7. e	15. b
8. d	