

Guía de Práctica Clínica. Para la atención del Síndrome de Dolor Lumbar asociado a Hernia de Disco Lumbar.

Dr. Virgilio Ortiz García. (1)

Dr. Rodolfo Ortiz Soto. (2)

Dr. Eduardo González Medina. (2)

Dr. Carlos Alberto Hernández Mazatán. (3)

Dr. José María Jiménez Avila. (2)

(1) Director Médico Spine Specialis. Centro de Columna. Zapopan. Jalisco.

(2) Médico Ortopedista, Spine Specialist Centro de Columna. Zapopan. Jalisco

Recibido: 23/Septiembre/2011 Aceptado: 10/Octubre/2011

- **Palabra clave:**

GUÍA CLÍNICA / HERNIA / DISCO / INSTRUMENTACIÓN / COLUMNA / LUMBAR

- **Key words:**

CLINICAL GUIDELINES / HERNIA / DISC / FUSCION / INSTRUMENTATION / SPINE / LUMBAR

Resumen

El Síndrome Doloroso Lumbar asociado a la Hernia de Disco Lumbar, es una lesión que clínicamente se presenta como dolor de espalda baja, irradiado a la zona glútea, muslo, pierna y pie, puede seguir un dermatomo y presentar debilidad, entumecimiento y hormigueo de los miembros pélvicos, entre la mayoría de personas que alguna vez han sufrido dolor lumbar, generalmente entre los 20 y 50 años de edad, un alto porcentaje de ellos han tenido episodios de dolor de baja intensidad y por períodos cortos que no han requerido tratamiento médico, pero otro porcentaje ha tenido que ser operado debido a que el dolor es asociado en un 45% a hernias de disco lumbares.

Con este fundamento se elaboró una Guía Clínica dirigida a los médicos ortopedistas y neurocirujanos que realizan cirugía de columna y como apoyo para las especialidades afines, quien deberán aplicar oportunamente las recomendaciones de la guía para disminuir el tiempo de incapacidad y reintegrar al paciente a sus actividades laborales y cotidianas en el menor tiempo posible.

Introducción

Manifestación frecuente de la discopatía lumbar degenerativa. Se producen en las primeras fases de la

cadena degenerativa y representan la insuficiencia del anillo para soportar la tracción y para contener la porción nuclear del disco, se desliza hacia la raíz nerviosa o espacio medular, comprimiendo y produciendo lesiones neurológicas derivadas de esta lesión. (1,2,3)

Los datos clínicos que se presentan son dolor de espalda baja, irradiado a la zona glútea, muslo, pierna y pie, puede seguir un dermatomo, presentar debilidad, entumecimiento y hormigueo, el dolor puede disminuir acostado y se exacerba sentado, caminando o estando parado, puede llegar a cursar con disfunción de la vejiga o intestinal e indicar el Síndrome de cauda equina y requerir tratamiento de urgencia.

En Estados Unidos se realizan 175,000 discectomías por año, siendo el 90% el nivel de L4-L5 y L5-S1, y algunas cursan asintomáticas. (4)

Se estima que el 90% de las personas adultas presenta un episodio de síndrome doloroso lumbar (SDL) a lo largo de su vida. El Síndrome Doloroso Lumbar (SDL) es la principal causa de limitación física en sujetos menores de 45 años, con la consiguiente pérdida de días laborables que implica en la práctica diaria cotidiana. Los trastornos dorso-lumbares ocupan el séptimo lugar de los motivos de consulta en el primer nivel de atención. Se registró como la quinta causa de accidentes de trabajo en el año 2003, y las cifras en el 2002 reportan que de 16,252 dictámenes de invalidez, el 10,8% (1,753 casos) fueron por lumbalgias o padecimientos relacionados (dorsopatías). (10)

Objetivo General

Clasificar oportuna y puntualmente al paciente con Síndrome Doloroso Lumbar asociado a Hernia de Disco Lumbar, optimizando los resultados médico y quirúrgicos, para que exista una correlación estricta entre los signos y síntomas del paciente y las correspondientes pruebas diagnósticas y estudios de gabinete, para que el paciente se reincorpore a sus actividades de la vida cotidiana y laboral.

Objetivo Particular

- Disminuir el tiempo de incapacidad.
- Evitar complicaciones y secuelas.
- Optimizar los recursos y resultados quirúrgicos.

Usuarios de la Guía

Médicos Ortopedista y Neurocirujanos con adiestramiento y experiencia en Cirugía de Columna, y para consulta y conocimiento por los médicos fisiatras, radiólogos, médicos familiares y de servicio de urgencia.

Población blanco

Pacientes adultos con Síndrome de Dolor Lumbar asociado al diagnóstico de Hernia de Disco Lumbar, atendidos en un hospital de tercer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Definiciones Operacionales

Síndrome de dolor lumbar: Dolor localizado en el área comprendida entre la parrilla costal inferior y la región sacra, manifestando por dolor irradiado distalmente al miembro inferior, correspondiendo con la distribución de las raíces nerviosas lumbosacras con o sin déficit sensitivo o motor.

Hernia de Disco Lumbar: Protrusión del material gelatinoso central (núcleo pulposo) de un disco intervertebral a través de una fisura en el anillo fibroso externo que la rodea. El anillo puede romperse completamente con salida del disco o puede permanecer intacto pero estirarse y dar lugar a una protrusión del disco. Dicho proceso se puede asociar a dolor lumbar por activación de las terminaciones dolorosas y dolor radicular derivados de la inflamación y/o compresión de la raíz nerviosa y su ganglio, asociado a parestesias o debilidad de la pierna.

Desórdenes asociados a la hernia de disco. Se presenta entre el 23 a 41% de los casos y se manifiesta con cansancio, incapacidad para deambular, cefalea y dolor en cuello.

Remisión de la Hernia de Disco. Desaparición o ausencia de sintomatología neurológica clínica.

Sistematización: Dolor que se acompañada de afectación de tipo neurológico, tales como afectación de la sensibilidad, fuerza muscular y reflejos.

Banderas Rojas: Se considera bandera roja, cuando el paciente presenta una agudización del dolor, el cual no cede con medicamentos, analgésicos, antinflamatorios y antineuríticos.

Identificación y selección de datos.

Las palabras clave para la búsqueda fueron: "backache", "acute low back pain", "chronic low back pain", "lumbar pain", "acute sciatica", "lumbar disc hernia", en fuentes de información que databan del año 2000 al 2011. Se consultó la base de datos de Cochrane Library, Springer, Ovid, Pubmed y Medigraphic, se incluyeron para la construcción de esta guía, nueve revisiones clínicas sistematizadas publicadas en diferentes páginas electrónicas sistematizadas, dos de ellas en fase de protocolo. Se utilizó la base de datos de Medline para la búsqueda de ensayos clínicos aleatorizados y controlados, relacionados con el Síndrome Doloroso Lumbar publicados después de la fecha de las revisiones clínicas sistematizadas. Se incluyó bibliografía básica, así como

guías de práctica clínica disponibles en diversas páginas electrónicas. En la base de datos de Springer y Cochrane Library, fueron consultados ensayos clínicos controlados. Posteriormente se extrajeron todos los artículos independientemente de la metodología seguida en el estudio. El material localizado fue revisado, debatido y analizado por los integrantes del equipo realizador de la guía y

su inclusión final se realizó por discusión y acuerdo entre los participantes, utilizando los criterios de las guías para los usuarios de la literatura médica publicados en JAMA entre los años 1993 y 2000. (6,7). Para la clasificación de la categoría de la evidencia y fuerza de recomendaciones, se utilizaron las características descritas en la clasificación del cuadro I. (8).

CLASIFICACIÓN DEL NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN EN LOS CONTENIDOS DE ESTA GUÍA CLÍNICA

Cuadro No. 1

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
<p>Ia. Evidencia para metaanálisis de estudios clínicos aleatorios</p> <p>Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio</p> <p>IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado no aleatorio.</p> <p>IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudio de cohorte.</p> <p>III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles. Revisiones clínicas.</p> <p>III. Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas.</p>	<p>A. Directamente basada en evidencia categoría I</p> <p>B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia categoría I</p> <p>C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categoría I o II</p> <p>D. Directamente basada en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencia categoría I o II</p>

*La categoría de la evidencia indica al usuario el origen de las recomendaciones emitidas.
Modificado de Shekelle P, Woolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines.

Anotaciones al algoritmo

1. El ortopedista con adiestramiento en clínica de columna corrobora en la consulta externa el diagnóstico de Síndrome de Dolor Lumbar asociado a Hernia de Disco Lumbar y lo define en grados acorde a la “Clasificación de Millete” que se muestra en el cuadro II (5,11,12,13). Se consideran aspectos agregados como mareo, vértigo, cefalea, acufenos, sordera, fosfenos, disfagia, inestabilidad emocional situación que se presentan en el 42% de los casos con Síndrome Doloroso Lumbar,

así como la valoración del Índice de Masa Corporal (IMC), ya que de existir un índice > de 25 se recomendará la baja de peso por medio del servicio de Nutrición ó en los casos patológicos del servicio de Endocrinología. (9)

2. Se solicitarán los estudios radiológicos simples y dinámicos para descartar lesiones óseas o degenerativas, ya que existe evidencia de que los cambios radiológicos observados en la curvatura fisiológica de la columna lumbar no siempre se correlacionan con los datos clínicos.

3. El médico ortopedista y/o neurocirujano

solicitará estudios de Tomografía Axial Computada TAC) y/o Resonancia Magnética (RM) para determinar la decisión terapéutica y establecer el pronóstico, tomando en cuenta:

a) Morfología: (Cuadro II)

1. Protusión. (Grado 1)
2. Extrusión. (Grado 2)
3. Migración. (Grado 3)
4. Secuestro. (Grado 4)

b) Localización:

1. Central
2. Fondo de saco lateral.
3. Foraminal
4. Extraforaminal.

c) Momento de aparición:

1. Aguda (3 a 6 meses).
2. Crónica (> 6 meses).

4. El médico ortopedista y/o neurocirujano clasificará al paciente existiendo Congruencia Clínico radiográfica, de tomográfica y de resonancia para definir el manejo. En el caso de diagnosticar un Grado 1 se considerará al paciente mismo que se podrá manejar de manera conservadora, mediante medicamentos antinflamatorios, analgésicos, antineuríticos y terapia física y de rehabilitación, por espacio de 3 meses que en caso de persistir la sintomatología dolorosa se pasará a valoración nuevamente por el médico ortopedista y/o neurocirujano para valorar el tratamiento no farmacológico o quirúrgico.

Tratamiento farmacológico: Esquema por 3 semanas.

- Naproxeno tabletas de 250 mgr, dos cada 12 horas, más paracetamol tabletas de 500 mgr una o dos cada 8 horas.
- Piroxicam tabletas de 20 mgr, una cada 24 hrs, más paracetamol tabletas de 500 mgr, una o dos cada ocho horas.
- Diclofenaco tabletas de 100 mgr, una cada 24 hrs, más paracetamol tabletas de 500 mgr una o dos cada ocho horas.
- Carbamacepina tabletas de 300 mgr, una cada 24 hrs, más paracetamol tabletas de 500 mgr una o dos cada 8 horas más Diclofenaco tabletas de 100 mgr, una cada 24 hrs.
- Agregar Ranitidina tabletas de 150 mgr, una cada 12 horas, en caso de enfermedad ácido péptica.

1. Establecer comunicación con el servicio de rehabilitación para proporcionarle al paciente sesiones de enseñanza o información acerca de las medidas

de higiene postural de columna.

2. Se llevará a cabo una evaluación subsiguiente al 3er mes de la primera cita para determinar mejoría o remisión de la sintomatología.

3. En caso de mejoría se considerara el alta del 3er nivel con indicaciones de ejercicios en domicilio y de medidas de higiene postural de columna

4. En el caso que el paciente presente en algún momento datos de sistematización neurológica tales como dolor lumbar, disestesias, hormigueo y debilidad de miembros pélvicos acompañados de disfunción de vejiga e intestinal (Síndrome de Cola de Caballo) el paciente deberá derivarse al servicio de urgencias donde se le realizará una cirugía descompresiva de urgencia.

5. Referir al paciente a los servicios de urgencias de traumatología en presencia de sistematización, dolor severo o lesiones óseas no detectadas previamente.

Tratamiento No farmacológico (Quirúrgico).

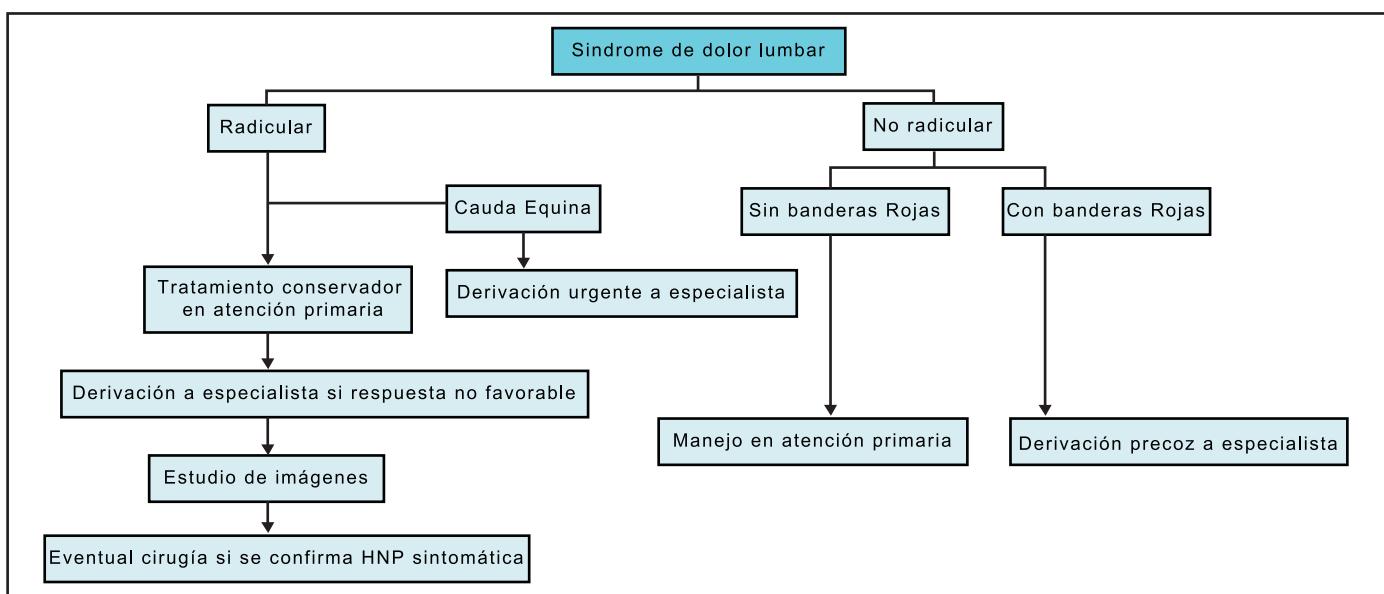
Se realizará basados en los objetivos y principios de "estabilidad, descompresión, fusión y equilibrio para lograr un balance sagital".

Bibliografía

1. Atlas SJ, Keller RB, Chang Y et al: Surgical and nonsurgical management of sciatic secondary to lumbar disc herniation: Five year outcomes form Maine Lumbar Spine Study. Spine. 2001; 26:1179-1187.
2. Fisher RG, Saunders RL: Surgery of the lumbar spine. Clin Orthop. 1969;63:162-170
3. Boden SD, Davis DO, Dina TS: Abnormal magnetic resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation. J Bone Joint Surg Am. 1990;72:103.
4. Nygaard OP, Kloster R, Solberg T: Duration of leg pain as a predictor of outcome after surgery for lumbar disc herniation: A prospective cohort study with 1-year follow up. J Neurosurg. 2000; 92:131-134
5. Spengler DM, Ouellette EA, Battie M, et al: Elective discectomy for herniation of a lumbar disc: Additional experience with an objective method. J. Bone Joint Surg Br 72:320-327, 1990.
6. Sackett DL, Rennie D: The science of the art of the clinical examination. JAMA. 1992; 267:2650-2652.
7. Giamomini MK, Cook DJ: User's guides to the medical literature, XXIII: Qualitative research in health care. B. What are the results and how do they help me care for my patients? Evidence-Based medicine Working Group. JAMA. 2000;478-482.
8. Shekelle P, Woolf S, Eccles M, Grimshaw J: Clinical guidelines. Developing guidelines BMJ

SÍNDROME DE DOLOR LUMBAR ASOCIADO A HERNIA DE DISCO LUMBAR Cuadro No. 2		
Grado	Característica	Definición
Grado 1	Protusión	La distancia entre los bordes del material discal herniado es menor que la distancia entre los bordes de la base.
Grado 2	Extrusión	La distancia entre los bordes el material discal es mayor que la base.
Grado 3	Migración	Grado El desplazamiento del material discal está alejado del sitio de la extrusión, secuestrado o no.
Grado 4	Secuestro	El desplazamiento del material discal ha perdido continuidad con el disco original

Fuente: Milette PC. The proper terminology for reporting lumbar intervertebral disk disorders. AJNR Am J Neuroradiol. 1997;18:1859-66.



1999;318:593-596.

- 9. Espinosa F: Influencia de la obesidad sobre los resultados de una cirugía de columna en pacientes con padecimientos degenerativos. 2011. Columna.2011;1(3):52-59.
- 10. Aguirre GH, Báez GB, Soto AM, Valdivieso CR, Galindo AR, Wacher RN. Demanda de atención médica en el IMSS por derechohabientes de 65 años y mayores. Análisis epidemiológico. Rev Med IMSS 2000;38(1):39-52.
- 11. Fardon DF, Milette PC. Nomenclature and classification of lumbar disc pathology. Spine. 2001;26(5):93-113.
- 12. Takui Ito, MD, Yuichi Takano MD, Nobuhiro Yusa, MD. Types of lumbar herniated disc and clinical course. Spine. 2001;26:848-651.
- 13. Milette PC. The proper terminology for reporting lumbar intervertebral disk disorders. AJNR Am J Neuroradiol. 1997;18:1859-66.