

## Editorial

### Ciática: una interpretación histórica

Dr. Roberto Coronado Zarco,\* Dr. Juan Carlos Macedo González,\*\* Dra. María De La Paz Gutiérrez Parra\*\*\*

¡Tengo ciática! Cuántas veces en la vida profesional del médico no escucha esta expresión ¿realmente entendemos lo que nos quiere decir el paciente? ¿A qué se refiere el personal médico cuando le dice al paciente «tiene usted ciática»? ¿Se interpreta igual este término entre distintas especialidades o entre médicos de la misma especialidad?

Al escuchar este término viene a nuestra mente un dolor en miembro pélvico con o sin dolor en región lumbar, localizado o irradiado. Al leer literatura médica algunos autores lo utilizan como sinónimo de ciatalgia, síndrome radicular, radiculopatía, síndrome radicular lumbosacro, dolor radicular, atrapamiento o irritación de raíz nerviosa; inclusive proponiendo la sustitución de éste por alguno de los anteriores ya que son más descriptivos<sup>1</sup>. Y al interpretar estos términos se entiende que esta situación está condicionada por una compresión de raíz espinal<sup>2</sup>.

Al buscar este término por definición etimológica el término ciática se origina de *sciatic* derivada del latín [*Sciaticus*]; y del griego [*ischiadikos*]: que significa perteneciente al nervio o vena ciáticos o localizado cerca de ellos<sup>3</sup>. Ciatalgia es una palabra compuesta (*sciatic*) y *algia* derivadas del griego *algos* que significa dolor<sup>1</sup>, por lo tanto se traduce como dolor en el trayecto del nervio ciático.

Si analizamos este concepto desde un punto de vista histórico, la interpretación es distinta antes (asociada más a problemas extra-espinales) y después de la publicación del reporte de Mixter y Barr en 1934 en donde se relaciona a hernia discal<sup>4</sup>.

El primero en utilizar el término «sciatica» fue Hipócrates que lo empleó para describir dolor de la articulación de cadera (gr. *ischios* = cadera), secundaria a problemas de luxación. Posteriormente Galeno lo relacionó con problemas de la columna vertebral (lordosis, cifosis, escoliosis), involucrando los Humores como los responsables<sup>2</sup>. Aurelianus describió los primeros síntomas: dolor lumbar con irradiación hacia el glúteo, perineo, en ocasiones al hueso poplíteo,

pierna, pie y dedos de los pies, lo asociaba con constipación<sup>2</sup>. Aegina (625-690 a.C.) lo atribuyó a un tumor de la cadera. Cotugno en 1794 atribuye los problemas de ciática debido a alteraciones de la circulación a través de los vasos sanguíneos y de la circulación cerebroespinal. En el Siglo XIX Kocher describe como causa de ciática el desplazamiento del disco intervertebral L1-2, y en 1881 Forst, un discípulo de Lasegué, en su tesis médica<sup>5</sup>, describió su maniobra para poner a tensión la raíz del nervio ciático y reproducir la sintomatología. En 1901 Krause y Herman Oppenheim reportaron la realización de una Laminectomía y resección de un encondroma<sup>7</sup>. Ya en 1911, distintos autores reportaban estas asociaciones (Goldthwait, Middleton y Teacher)<sup>5</sup>. 1927 Vittorio Putti y Lancet reconoció los cambios degenerativos del disco intervertebral y de las carillas articulares proponiéndolos como posible causa de ciática y denominándolos como artritis o ciática vertebral<sup>7</sup>.

En 1929 Schmorl G propone que los «encondromas» encontrados en el canal lumbar pudieran ser restos del disco y del núcleo pulposo, siendo descrito en el mismo año por Dandy W como etiología de la cauda equina<sup>8</sup>. Sin embargo en otra publicación del mismo año, Schmorl y Andrae describieron protrusiones discales en estudios *post mortem* sin asociarlo a ciática<sup>8</sup>. Hasta este momento se consideraba que este síntoma era condicionado por encondromas espinales<sup>9</sup>. A partir de los trabajos publicados en 1934 y 1937 por Mixter y Barr<sup>4,5</sup> se atribuyó a la ciática como consecuencia de una hernia de disco espinal al encontrar restos del núcleo pulposo en el canal medular que se encontraba irritando la raíz y producía la sintomatología<sup>5,7</sup>. Por lo que propusieron la definición como un dolor profundo, localizado en la región glútea, que irradia en sentido inferior por la cara posterior del muslo por el aspecto posterolateral de la pierna y ocasionalmente en el borde lateral del pie y en el primer orjejo, incrementando al toser, estornudar, flexión del tronco y el decúbito ventral<sup>5,10</sup>.

A partir de dichas descripciones en la actualidad la interpretación que se da a este término está asociada principalmente a la hernia de disco lumbar o al conducto lumbar estrecho lateral, olvidando las causas extraespinales que lo pueden condicionar o simularlo. Existen reportes que

\* Jefe de Servicio, Rehabilitación Columna, INR.

\*\* Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación en Curso de Postgrado para Médicos Especialistas en Rehabilitación Ortopédica.

\*\*\* Médico Residente Medicina de Rehabilitación 3er año.

describen entre 90 a 95%<sup>11,12</sup> como causa de ciática a la hernia discal (independiente de que sea un fenómeno mecánico, químico o inflamatorio)<sup>16-18</sup>, y se pueden encontrar reportes de una prevalencia de los pacientes con ciática por síndrome del piramidal de 0.33 al 6%<sup>13,14</sup>. En 1987 el trabajo publicado por Bernard TN y Kirkaldy-Willis W, refiere como primera causa de síndromes de dolor referido al síndrome articular sacroiliaco y al síndrome articular posterior (54.21% de causas extraespinales y 45.32 de causas espinales)<sup>15</sup>.

Con todo lo anterior ¿Qué importancia tiene el poder definir ciática? La controversia en la interpretación de un término puede afectar de manera importante los resultados de los estudios de incidencia, prevalencia y etiología de un problema frecuente<sup>1</sup>. Este término podría ser utilizado como sinónimo de ciatalgia, pero no de radiculopatía o síndrome radicular. Por lo analizado anteriormente el problema del uso del término debe ser considerado de igual forma como se emplea lumbalgia o dolor de espalda baja, como un síntoma y no una enfermedad. Y no debe perderse de vista que los síndromes son conjuntos de síntomas y signos clínicos que pueden ser provocados por distintas patologías.

En conclusión, en respuesta a las preguntas iniciales, el término ciática describe un síntoma que hace referencia a una condición de dolor, originado en la cara posterior de la pelvis que se irradia por el borde posterior y/o lateral del muslo, que puede abarcar por debajo de la rodilla hasta la pierna y/o planta del pie y ortijos. Y de acuerdo a sus características (fenómenos acompañantes, condicionantes, atenuantes y maniobras especiales) puede ser condicionado por causas espinales y extraespinales.

## REFERENCIAS

1. Mixter WJ. Rupture of the lumbar intervertebral disk. *Annals of Surgery* 1937; 106(4): 777-87.
2. Pearce JMS. A brief history of sciatica. *Spinal Cord* 2007/09; 45(9): 592-596.
3. Dorland. *Diccionario enciclopédico ilustrado de Medicina*. McGraw-Hill Interamericana Ed 28: 1997.
4. Filler AG, Haynes J, Jordan SE et al. Sciatica of nondisc origin and piriformis syndrome: diagnosis by magnetic resonance neurography and interventional magnetic resonance imaging with outcome study of resulting treatment. *J Neurosurg Spine* 2005; 2: 99-115.
5. Stafford MA, Peng P, Hill DA. Sciatica: a review of history, epidemiology, pathogenesis, and the role of epidural steroid injection in management. *Br J Anaesth* 2007; 99(4): 461-3.
6. Rebian R, Baxter GD, McDonough S. A systematic review of the passive straight leg raising test as a diagnostic aid for low back pain (1889 to (2000)). *Spine* 2002; 27(17): E388-95.
7. Konstantinou K, Dunn K. Review of Epidemiological Studies and Prevalence Estimates. *Spine* 2008; 33(22): 2464-2472.
8. Barr JS, Mixter WS. Posterior protrusion of the lumbar intervertebral discs. *J Bone & Joint Surg* 1941; 23(2): 444-56.
9. Parisien RC, Ball PA. Historical perspective William Jason Mixter (1880-1958): Ushering in the «Dynasty of the disc». *Spine* 1998; 23(21): 2363-2366.
10. Koew BW, van Tulder MW, Peurl W. Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ* 2007; 334: 1313-7.
11. Kinkade S. Evaluation and treatment of acute low back pain. *Am Fam Physician* 2007; 75: 1181-8.
12. Foster MR. Piriformis syndrome. *Orthopedics* 2002; 25(8): 821-4.
13. Geenevay S, Stingelin S, Gabay C. Efficacy of etanercept in the treatment of acute, severe sciatica: a pilot study. *Ann Rheum Dis* 2004; 63: 1120-23.
14. Howe JF, Loeser JD, Calvin WH. Mechanosensitivity of dorsal root ganglia and chronically injured axons: A physiological basis for the: radicular pain of nerve root compression. *Pain* 1977; 3(1 97-7): 25-41.
15. Valat JP, Giraudeau B, Rozenberg S et al. Epidural corticosteroid injections for sciatica: a randomized, double blind, controlled clinical trial. *Ann Rheum Dis* 2003; 62: 639-43.
16. Byrd TJW. Piriformis Syndrome. *Oper Tech Sports Med* 2005; 13: 71-79.
17. Bernard TN, Kirkaldy-Willis WH. Recognizing specific characteristics of non-specific low back pain. *Clin Orthop* 1987; 217: 266-80.
18. Luijsterburg PA, Arianne P, Verhagen et al. Physical therapy plus general practitioners' care versus general practitioners' care alone for sciatica: a randomized clinical trial with a 12-month follow-up. *Eur Spine J* 2008; 17: 509-17.

Dirección para correspondencia:  
Dr. Roberto Coronado Zarco  
rcoronado@inr.gob.mx