

Ortho-tips

Volumen **1**
Volume

Número **2**
Number




Octubre-Diciembre **2005**
October-December

Artículo:




Reflexiones sobre espondiloartrosis,
canal lumbar estrecho degenerativo y
vejez

Derechos reservados, Copyright © 2005:

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Reflexiones sobre espondiloartrosis, canal lumbar estrecho degenerativo y vejez

Rafael Mota Bolfeta*

INTRODUCCIÓN

Actualmente la esperanza de vida ha aumentado de manera considerable y en nuestros días el adulto mayor tiene la expectativa de realizar una vida activa y no se resigna a permanecer sentado y ver pasar el tiempo.

Por otro lado, los grandes avances científicos; como haber llegado a la Luna, la rapidez de las comunicaciones y las computadoras, estimulan la imaginación colectiva sobre el poder que tiene la ciencia médica, generando una mayor exigencia al médico para que procure a sus pacientes, a toda costa, una mejor calidad de vida, cuando en realidad es responsabilidad de cada persona el mantener su cuerpo en las mejores condiciones posibles fomentando hábitos higiénico-dietéticos adecuados, manteniendo el peso corporal óptimo y realizando periódicamente alguna actividad física.

Si consideramos la definición de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo y no sólo como la ausencia de enfermedad, sería válido hablar del envejecimiento como un factor etiológico que perturba ese bienestar. De manera que con esta definición, la salud sólo será posible en un breve lapso de tiempo y estrictamente hablando nunca podría decirse “fue sano toda su vida y murió de viejo a los 100 años” el simple hecho de una piel arrugada que ha perdido su textura rompe con ese paradigma de “pleno bienestar físico” sin intentar siquiera mencionar lo conflictivo que puede resultar referirnos al aspecto mental y social que también incluye la definición.

Se presta a debate la definición del estado de salud cuando lo relacionamos con el tiempo, ya que como se comentó antes, es sólo un lapso en el que se podría afirmar categóricamente que se goza de completo bienestar físico, men-

Objetivos:

1. Despertar en el lector una serie de reflexiones acerca de los cambios que ocurren en la columna vertebral con el paso del tiempo y cómo debe enfrentarlos el médico ortopedista.
2. Hacer una introducción al polémico tema de este número de Orthotips que sirva al lector como encuadre a los procesos normales y patológicos que ocurren con la vejez.

* Jefe de la División de Auxiliares de Diagnóstico y Ex-Jefe del Servicio de Escoliosis del Hospital de Ortopedia “Victorio de la Fuente Narváez” del IMSS.

Dirección para correspondencia:
Rafael Mota Bolfeta

Médica Sur. Puente de piedra Núm. 150. Col. Toriello Guerra 14050, Torre 1 Cons. 117.
E-mail: rafamota50@hotmail.com

tal y social. De este modo, procede hacernos los siguientes cuestionamientos: ¿Los cambios que sufre el cuerpo humano derivados del proceso de envejecimiento deben ser considerados como enfermedad?, ¿Es válido hablar de “enfermedades del envejecimiento”?

Estas preguntas resultan pertinentes porque el tema de la espondiloartrosis y canal lumbar estrecho degenerativo, nos remite irremediablemente a un problema del adulto mayor identificado como “envejecimiento”, nos lleva a ese proceso dinámico, universal e irreversible, que inicia con la concepción y termina con la muerte.

La columna vertebral tiene una historia bien estudiada desde el punto de vista biomecánico y al igual que el resto del organismo está sujeta a los efectos del uso y del deterioro producido por el tiempo.

Se sabe perfectamente que la columna vertebral al igual que todo el organismo, en los primeros veinte años de vida concluye su crecimiento y maduración, logrando en la tercera década de vida un funcionamiento óptimo. Sin embargo, a partir de esta edad, es común la aparición de dolor en la región lumbar debido a que la columna es de por sí una estructura con un equilibrio biomecánico precario, y los cambios en la forma de vida después de los treinta producen con facilidad un desequilibrio o inestabilidad que generalmente se desencadena por situaciones como son: el sedentarismo, la maternidad, el aumento en el peso corporal, los accidentes, el esfuerzo físico y todo aquello que deteriora la salud.

Se han hecho estudios que han demostrado que la capacidad física global del organismo se deteriora un 5% cada 10 años a partir de los 30 de edad.

Para contrarrestar estos problemas de inestabilidad o pérdida del equilibrio que sufre la columna a partir de los 30 años de vida, el organismo comienza un proceso de reforzamiento de los elementos que dan estabilidad a la columna, lo que se manifiesta con un engrosamiento de todo el sistema ligamentario y la aparición de osteófitos o “picos de loro” observables en los estudios radiográficos, con lo que comienza lo que conocemos como *espondiloartrosis*.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En la etapa inicial de la espondiloartrosis, la única manifestación o síntoma es un dolor o molestia de mínima intensidad en el dorso que puede ser controlado fácilmente mediante reposo o la administración de un analgésico no opiáceo, pero conforme el organismo engruesa su sistema ligamentario para proveer de estabilidad a la columna se va disminuyendo el espacio que tiene reservado para las estructuras nerviosas y conforme va aumentando la compresión sobre este tejido, se va desarrollando un proceso inflamatorio y los pacientes empiezan a tener problemas, es cuando inicia la estrechez del conducto raquídeo y de los agujeros por donde emergen las raíces nerviosas. En esta etapa, los pacientes además del dolor manifiestan debilidad o entumecimiento de las extremidades pélvicas, principalmente en pantorrillas y glúteos, síntomas que muchas veces se agravan al caminar distancias cortas y disminuyen cuando el paciente se sienta, se agacha o se recuesta.

En ocasiones el dolor comienza en las piernas y se irradia en dirección de los glúteos. En otros pacientes el dolor se inicia en la región lumbar y su irradiación es hacia abajo, el dolor puede ser irradiado tipo ciática o bien ser de tipo espasmódico como un calambre.

En casos severos el dolor es constante y no cede con el reposo, es muy raro que se encuentren afectados los esfínteres y es muy raro que llegue a establecerse una paraplejía.

¿CÓMO SE ESTABLECE EL DIAGNÓSTICO?

Como siempre la historia clínica es fundamental. En un adulto mayor de 50 años con los síntomas previamente comentados es importante hacer el diagnóstico diferencial con problemas de origen vascular y neurológico "puros" del tipo de las distrofias medulares, también resulta necesario evaluar los tratamientos utilizados hasta el momento de la consulta.

En el examen físico es imprescindible la exploración de la movilidad de la columna, precisar los sitios de dolor y un completo examen neurológico, explorando la fuerza de los distintos grupos musculares, la sensibilidad en los diferentes dermatomas, la presencia de los reflejos normales y la posible existencia de reflejos patológicos, para procurar integrar uno de los síndromes neurológicos.

Una vez concluida la evaluación clínica, el empleo de auxiliares del diagnóstico es un complemento obligado para la integración del diagnóstico, fundamentalmente son estudios de imagen y gabinete.

Es recomendable iniciar con estudios radiográficos simples en proyecciones anteroposterior y lateral en donde es posible observar los datos de artrosis entre las vértebras, caracterizado por la disminución en la altura del espacio entre los cuerpos vertebrales, la presencia de osteófitos, la obliteración de los agujeros intervertebrales, la calcificación de los ligamentos y el gas que en ocasiones es posible observar en el disco intervertebral.

La tomografía axial computada permite observar con mayor detalle las alteraciones que se aprecian en la radiografía simple y facilita la evaluación de otros aspectos como son la morfología del conducto raquídeo que de manera normal debe ser un triángulo equilátero, también es posible evaluar su tamaño, el grosor del ligamento amarillo, la forma de las apófisis articulares, las condiciones de su cartílago, si existe gas dentro de él, o dentro del disco intervertebral. En este estudio es posible evaluar el tejido nervioso, el saco dural y las raíces. En síntesis, las imágenes por resonancia magnética nuclear brindan una mayor definición de las partes blandas y en especial del tejido neurológico.

Los estudios radiográficos con medio de contraste como la mielografía, tienden a caer en desuso. Sin embargo, bajo algunas circunstancias pueden ser de utilidad, por ejemplo para determinar la imagen clásica del canal lumbar estrecho descrita como en forma de "rosario" debido a los estrechamientos que ocurren entre vértebra y vértebra.

La resonancia magnética nuclear se utiliza cada vez con mayor frecuencia y en los casos de espondiloartrosis con canal lumbar estrecho es de gran utilidad

porque permite determinar el sitio y la magnitud de la compresión que, hueso, ligamentos y disco están ejerciendo sobre el tejido nervioso. Además, este estudio le ofrece al cirujano la información necesaria para el diseño del plan quirúrgico cuando sea el caso.

Otro estudio importante es la electromiografía porque nos permite conocer el grado de daño existente en las raíces, precisar los nervios afectados y descartar otro tipo de alteración nerviosa como puede ser una neuropatía diabética.

POSIBILIDADES DE TRATAMIENTO

Conservador o no quirúrgico

Inicialmente un manejo médico con analgésicos y anti-inflamatorios es lo indicado, acompañado de un tratamiento fisiátrico para mejorar: la fuerza muscular, la flexibilidad y la resistencia. Apoyado en algunos casos y de manera inicial con faja lumbo-sacra, el objetivo terapéutico es disminuir las molestias, el dolor y mejorar la función nerviosa, si se logra este objetivo y si el paciente considera que sus expectativas se han cumplido, este tratamiento puede aplicarse como una media de control permanente, procurando en lo posible prescindir de los analgésicos y anti-inflamatorios que sólo se emplearán en momentos de crisis.

La administración de corticoesteroides contribuye a reducir la inflamación cuando se aplica en el espacio peridural. El alivio es temporal pero asociado con el manejo fisiátrico es una buena alternativa, no es conveniente administrar más de tres dosis de corticoide en un lapso de seis meses por los efectos colaterales que estos medicamentos tienen.

El reposo es una opción en la fase inicial aguda pero conforme se obtiene mejoría deberá dosificarse, porque un reposo prolongado causa deterioro de la función muscular y de la calidad ósea. El reposo y la limitación de las actividades debe ser individualizado y hasta donde sea posible reiniciar la actividad lo antes posible.

Tratamiento quirúrgico

La única indicación absoluta y universalmente aceptada en todo el mundo e inclusive catalogada como urgencia médica es la pérdida del control de esfínteres de pocos días de evolución, de no ser así, la indicación de la cirugía debe ser cuidadosamente evaluada tomando en consideración muchos factores que influyen en la obtención de buenos resultados y que van desde la personalidad del paciente, su familia, sus condiciones generales, las expectativas del paciente, la calidad de sus huesos, el número de niveles que están afectados, si el proceso es uni o bilateral, la magnitud de la compresión y otros detalles particulares de cada individuo.

El cirujano debe ser mesurado en la mejoría que ofrezca a su paciente. Evitar en lo posible, alimentar falsas expectativas, ya que tal vez a esto se debe parte del desprestigio que tiene la cirugía de la columna vertebral. La decisión de llevar al cabo un procedimiento quirúrgico es una empresa que acometen en conjunto paciente y cirujano, donde todas las cláusulas deben estar perfectamente claras y comprendidas, habiendo hecho una justa y honesta evaluación del binomio riesgo-beneficio.

La cirugía del canal lumbar estrecho no pretende resolver todo el problema, sino exclusivamente obtener mejoría y reparar un tanto el daño ya existente, en general el objetivo quirúrgico es liberar al tejido nervioso de la presión que sobre él ejercen los ligamentos y el tejido óseo. Esta liberación debe ser suficiente para descomprimir, pero no tanta que provoque desestabilización. La liberación del tejido nervioso se hace, recortando, resecaando, quitando o realineando las partes afectadas que contribuyen a ejercer compresión.

De acuerdo a la cantidad y zona del tejido resecaado, se denominan: *Laminectomías* que es la resección total de la lámina vertebral, cuyo objetivo es descomprimir todo el saco dural. *Laminotomías*, que es la resección parcial de la lámina para liberar las raíces nerviosas. *Foraminotomías* que son una variante de laminotomía, enfocada en especial cuando se quiere agrandar o recalibrar el agujero de conjunción por donde emerge la raíz, facetectomía cuando se hace la resección de la apófisis articular.

Dependiendo de la cantidad de tejido óseo resecaado y de ligamentos sacrificados, el cirujano debe valorar la conveniencia de acompañar la liberación del conducto lumbar estrecho de una fusión o artrodesis entre las vértebras, para ello se requiere de injerto óseo y pueden usarse tornillos y barras para dar fijación al segmento en lo que ocurre la fusión e integración del injerto óseo.

El tratamiento del paciente no termina con la recuperación del evento quirúrgico, ni siquiera cuando han transcurrido 6 ó 9 meses y ya se observa en las radiografías la fusión del segmento, el paciente por siempre deberá cuidarse y mantener músculos fuertes, potentes y resistentes e idealmente mantenerse en el peso corporal correcto. De no ser así, la recurrencia o persistencia de las molestias puede ser alta.