

Ortho-tips

Volumen **1**
Volume

Número **2**
Number

Octubre-Diciembre **2005**
October-December

Artículo:




Canal lumbar estrecho degenerativo

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](#)

Canal lumbar estrecho degenerativo (Entrevista académica)

Jorge Larruz Quintanilla,* (Profesor entrevistado JLQ), Guillermo Salas Morales** (Entrevistador GSM)

ENTREVISTA

GSM: ¿Podría definir el concepto de “conducto” lumbar estrecho degenerativo?

JLQ: Es la estenosis del conducto raquídeo, secundario a cambios degenerativos de los cuerpos vertebrales y del disco

intervertebral que compromete las estructuras vasculonerviosas contenidas en la estructura ósea de la columna vertebral.

GSM: Sin considerar aspectos de orden médico legal: **¿Qué estudios considera fundamentales para hacer el diagnóstico y para ubicar el nivel de la zona afectada?**

JLQ: Primero, radiografías simples en proyecciones AP, lateral y oblicuas; y de acuerdo a los medios con los que se cuente se puede solicitar: radiculografía, tomografía computada con medio de contraste y de ser posible resonancia magnética. Todos tienen utilidad y hay que recordar que el concepto de conducto lumbar estrecho nació con ayuda de la radiculografía.

GSM: ¿Qué importancia le da a la electromiografía para determinar el nivel de la zona afectada?

JLQ: Hay que tomar en cuenta que la electromiografía es un estudio de apoyo y no de diagnóstico y tiene 30% de falsas positivas y negativas. El diagnóstico de las alteraciones neurológicas, en mi opinión, debe ser clínico.

GSM: ¿Con qué frecuencia el canal lumbar estrecho involucra una o varias hernias discales?

JLQ: Realmente la hernia discal no es un conducto lumbar estrecho. El conducto lumbar estrecho generalmente se acompaña de protrusiones y no de hernias, sobre todo el degenerativo, de hecho el proceso empieza en el disco lo que conlleva a alteraciones en el resto de estructuras de la columna.

Objetivos:

- a) Describir las inquietudes de un médico residente ante uno de los problemas más frecuentes que afectan a la columna vertebral.
- b) Presentar las explicaciones de un profesor de cirugía de columna vertebral.

* Jefe del Servicio de Cirugía de Columna.

** Médico residente del IV grado de Ortopedia.

Hospital de Traumatología “Victorio de la Fuente Narváez” del IMSS.

Dirección para correspondencia:

Jorge Larruz Quintanilla

Av. IPN y Colector 15 S/N Col. Magdalena de las Salinas, México D.F.

E-mail: salin77@hotmail.com

GSM: ¿Existe algún nivel que se vea afectado con mayor frecuencia por este proceso?

JLQ: Obviamente éste es más frecuente en L4 L5 y L5 S1.

GSM: ¿Cuáles serían las indicaciones para realizar un recalibraje puro y cuáles serían las indicaciones para instrumentar y realizar artrodesis?

JLQ: Realizo recalibraje puro cuando no hay datos clínicos y radiológicos de inestabilidad (basado en los criterios de White y Panjabi). Realizo instrumentación y artrodesis si hay inestabilidad, espondilolistesis, escoliosis, o si es necesaria la resección de 30% o más de las facetas articulares. Otro motivo para pensar en instrumentar sería si realizo recalibraje en más de dos niveles.

GSM: Según su experiencia, en caso de que realice discectomía en un canal lumbar estrecho, ¿sería recomendable aplicar una prótesis total de disco?

JLQ: No. La prótesis de disco tiene una indicación precisa y es la lumbalgia de tipo discógena, de hecho es contraindicación para colocar una prótesis de disco la presencia de conducto estrecho.

GSM: ¿Cómo resuelve el problema de las facetas (artrosis)?

JLQ: Ese es un problema complejo. Se pueden efectuar infiltraciones con esteroides, raspado de la superficie articular de las facetas para quitar el cartílago, artrodesis, pero no es sencillo y no se tienen tan buenos resultados. Se utiliza también la terapia con ozono, pero los resultados de los estudios son a corto plazo y no podría afirmar nada. También se ha utilizado la radiofrecuencia. En ocasiones es necesario resecar las facetas para resolver el problema compresivo y realizar artrodesis, pero en general el problema en las facetas es una situación difícil de resolver. Es importante mencionar que 20% de las lesiones inicia en una de las facetas y posteriormente afecta a la faceta contralateral o al disco, cabe recordar el concepto de trípode.

GSM: Una vez realizada la descompresión, ¿aplica algún medicamento o algún tejido para proteger el tejido nervioso o para prevenir la artrosis?

JLQ: No. Lo que hago en algunos casos es dejar metilprednisolona localmente cuando ha sido necesario manipular el saco o las raíces. Ponerle algún protector como grasa, músculo, gelfoam o alguno de los nuevos medicamentos para mí no tiene ningún efecto y creo que en muchos casos producen mayor fibrosis. Considero que "es un baño de pureza".

GSM: Cuando decide hacer artrodesis, ¿qué método utiliza?

JLQ: Si se trata de inestabilidad o afección a nivel de las facetas o espondilolistesis, lo más recomendable es realizar instrumentación con tornillos y transpediculares (con el equipo que el cirujano prefiera) y una artrodesis circunferencial.

GSM: ¿Qué tipo de injerto aplica?

JLQ: Generalmente autólogo, obtenido de láminas o cresta iliaca. De ser necesario bovino, cerdo o de banco de huesos, siempre y cuando cuente con estos recursos.

GSM: ¿Le gustaría hacer algunas recomendaciones a nuestros lectores para lograr un tratamiento más eficiente de este problema o para evitar alguna complicación?

JLQ: Se debe conocer cuál es la evolución natural del padecimiento y en qué etapa se le está tratando.

También es necesario manejar perfectamente la técnica quirúrgica para resolver cada caso en particular, ya que considero que el mejor médico no es el que resuelve más complicaciones, sino el que a través de una técnica adecuada las evita.

Es importante recordar que también hay otros tejidos involucrados en el conducto lumbar estrecho como son los osteófitos, las protrusiones de los discos, la hipertrofia del ligamento amarillo. Hablar de conducto lumbar estrecho es todo y nada, es la patología que más atiendo en el medio privado y dentro de las causas de lumbalgia que veo, probablemente es lo más frecuente y lo será cada vez más según aumente la expectativa de vida.

Las actividades de los mexicanos se podrían considerar un factor para el desarrollo de esta patología, ya que gran parte de la población desarrolla sus actividades levantando pesos grandes y en la mayoría con una mala técnica. No existe una buena orientación de cómo levantar cosas pesadas.

Algunas de las controversias en este tema radican en saber si primero llega el envejecimiento y éste ocasiona degeneración, o la degeneración inicia antes del envejecimiento, ya que encontramos pacientes cuyos estudios evidencian gran degeneración y no tienen manifestaciones clínicas, y otros que en etapas tempranas del proceso degenerativo desarrollan compresión con toda la gama de síntomas. Si estudiáramos radiográficamente a las personas asintomáticas que se encuentran en este piso, de diez tendrías tal vez ocho con algún problema radiográfico. Por eso es importante recordar que se operan pacientes, no radiografías.

