

26/09/2012

PATOLOGIA DEGENERATIVA DE LA COLUMNA VERTEBRAL (CV)

CONCEPTO.

La CV es un conjunto formado por elementos rígidos (vértebras) y elementos elásticos (ligamentos), que mantienen unidas las vértebras y a la vez le permiten el movimiento de unas con relación a las otras.

La CV contiene 82 articulaciones, incluyendo los discos intervertebrales y excluyendo las articulaciones entre costillas y vértebras, que realizan más de 600 movimientos en cada hora, lo que supone más de 5 millones de movimientos al año.

El uso continuado de estas articulaciones determina, por el simple uso, un desgaste progresivo de las mismas, tanto mayor cuanto mayor sea el esfuerzo al que se someten las articulaciones. Junto a este factor mecánico que determina la degeneración articular, el otro factor que determina la evolución más o menos rápida del desgaste es el componente genético o constitucional del individuo, que hace que unos discos se desgasten antes que otros a igualdad de esfuerzo.

TÉRMINOS FRECUENTES:

Artrosis.- Hace referencia a desgaste o degeneración de una articulación; en el caso de la CV se denomina espondiloartrosis.

Espondiloartritis.- Hace referencia a un proceso inflamatorio articular en cualquiera de las articulaciones de la CV.

Espondilolisis.- Significa una falta de continuidad en una zona ósea de la vértebra.

Espondilolistesis.- Significa desplazamiento de una vértebra con relación a otra adyacente.

En este tema vamos a incluir las hernias discales (cervicales y lumbares) y la estenosis de canal (cervical y lumbar).

HERNIA DISCAL CERVICAL.

CONCEPTO.

El disco intervertebral tiene dos partes, una exterior que tiene la forma de un grueso anillo fibroso, que mantiene unidas las dos vértebras. Está formado por capas

concéntricas de fibras de colágeno que llevan una orientación de 45° con el plano del disco. Esta orientación se va alternando entre una capa y la siguiente de tal manera que forman una X las fibras de una capa con las de la capa contigua.

La otra parte del disco es la interior, denominada núcleo pulposo, que es un gel hidrófilo que ocupa la parte central del disco y es la que le da la turgencia al disco. En la infancia tiene un 88% de agua y a partir de los 65 años un 65% de agua. Entre el núcleo pulposo y el anillo hay una zona de transición, es decir, el cambio entre las dos estructuras no es brusco. El núcleo pulposo interviene en la absorción y la distribución de las cargas por todo el anillo durante los movimientos. El disco tiene un funcionamiento similar a un neumático de una rueda de un coche, si tiene la presión apropiada el desgaste de la cubierta del coche es mucho menor que si está desinflado. En este caso se desgastará mucho más rápido. El mantenimiento de la presión interna dentro del disco corre a cargo de la hidratación del núcleo pulposo. Además al ser el agua incompresible transmite esa presión a todas las fibras del anillo, si se deshidrata o si se rompe el anillo y sale fuera parte del núcleo pulposo, el disco pierde sus propiedades mecánicas y se degenera con rapidez.

La salida del contenido discal por fuera del anillo discal es lo que se denomina hernia discal. Lo que se hernia es no solo tejido del núcleo pulposo, además sale parte del anillo, sobre todo fibras de esa zona central de transición que son fibras de menor consistencia.

PATOGENIA DE LA HERNIA DISCAL CERVICAL (HDC)

Hay dos tipos de hernia discal, que se conocen como hernia discal blanda y dura.

La hernia discal blanda se produce por una rotura brusca del anillo en un esfuerzo brusco o en un traumatismo y a través de esa rotura sale el contenido discal. Si al salir invade el canal vertebral va a dar síntomas agudos de compresión radicular y/o medular.

La hernia discal dura es secundaria a un proceso crónico de degeneración discal. El inicio suele ser una pequeña rotura de fibras del anillo discal en algún esfuerzo que rebasa los límites fisiológicos. Se origina pérdida de la presión intradiscal y deshidratación del disco, disminuye la altura del disco (esto se denomina pinzamiento del disco). Al estar el disco colapsado pierde las propiedades mecánicas, soporta peor el peso y se produce una hipertrofia de los bordes de los platillos vertebrales en un intento de ampliar la superficie de carga (esta hipertrofia ósea son los osteofitos). El conjunto de osteofito y disco degenerado invade el canal vertebral constituyendo lo que se denomina protrusión discal. Dependiendo de las dimensiones del canal, la protrusión puede comprimir la médula y/o las raíces nerviosas. A medida que pasa el tiempo las dimensiones del complejo disco-osteofito se van haciendo mayores constituyendo las hernias discales duras.

La evolución en este caso es disco deshidratado, formación de osteofitos, protrusión discal y hernia discal.

CLÍNICA DE LA HERNIA DISCAL CERVICAL (HDC)

La parte posterior del anillo discal es más fina que la anterior y que las partes laterales. La rotura del anillo se produce con más frecuencia en la región posterolateral. En esa zona la hernia discal comprime la raíz nerviosa de ese lado que sale por el agujero de conjunción. Si se rompe la parte posterior y central del disco la hernia discal va a comprimir la médula espinal y puede no comprimir las raíces nerviosas. Hay pues dos formas clínicas de la HDC, una la ocasionada por las HDC centrales y la otra la ocasionada por las HDC posterolaterales.

SINTOMATOLOGÍA DE LA HDC POSTEROLATERAL.

El síntoma más frecuente es el dolor cervical, que se debe a la rotura del anillo discal. Si además la HDC comprime una raíz nerviosa va a originar síntomas derivados de esa compresión nerviosa. El síntoma típico es el dolor radicular, es un dolor que comienza en el cuello y se irradia por el miembro superior hasta los dedos de la mano. El dolor se irradia por el dermatoma correspondiente.

El dolor radicular es un síntoma localizador de la HDC. En la columna cervical por el agujero de conjunción que hay entre dos vértebras sale la raíz nerviosa correspondiente a la vértebra inferior. De esta forma entre C5 y C6 sale la raíz C6 y el dolor se va a distribuir por el dedo medio de la mano. Entre C6 y C7 sale la raíz C7 y el dolor se irradia hasta los dos últimos dedos de la mano. Entre C4 y C5 sale la raíz C5 y el dolor se irradia hasta el dedo pulgar y segundo dedo. La intensidad del dolor dependerá del grado de compresión de la raíz. Puede ser desde insoportable a leves molestias.

Al lado del dolor puede haber hormigueos o acorchamiento en esos dermatomas y sensación de debilidad o disminución de la fuerza para algún movimiento de la extremidad superior.

EXPLORACIÓN DE LA HDC POSTEROLATERAL

Contractura

Suele haber contractura de todo el cuello en las hernias agudas y contractura de los trapecios y de la parte posterior del cuello si es más crónico.

Fuerza.

Puede haber disminución o pérdida de fuerza para la flexión del antebrazo que corresponde a una lesión de C6 y la hernia estaría entre C5 y C6.

Si la disminución o pérdida de fuerza es para la extensión del antebrazo, tenemos que sospechar que la hernia está entre C6 y C7 y que está comprimida C7.

Reflejos.

Si la HDC está entre C5 y C6 puede estar disminuido o abolido el reflejo bicipital.
Si la HDC está entre C6 y C7 puede estar disminuido o abolido el reflejo tricipital.

Sensibilidad.

Puede haber hipoestesia o anestesia en el dermatoma correspondiente que coincide con la zona de distribución del dolor.

CLÍNICA DE LA HERNIA DISCAL CERVICAL POSTERO-CENTRAL

Si la HDC sale hacia atrás por el centro del canal va a comprimir la médula espinal y puede dar un síndrome de compresión medular. En este caso la clínica fundamental es el déficit neurológico y no el dolor que suele ser cervical, sin irradiación.

El déficit neurológico va a consistir en disminución o pérdida de fuerza por debajo del nivel lesionado en una o dos metámeras y la aparición de un nivel de disminución de la sensibilidad una o dos metámeras por debajo del nivel de la hernia discal y dependiendo del grado de compresión medular puede haber alteraciones esfinterianas.

La compresión medular cervical por HDC puede causar uno cualquiera de los síndromes medulares.

- 1.-Síndrome de hemisección medular o Síndrome de Brown-Sequard.
- 2.-Síndrome de la arteria espinal anterior.
- 3.-Síndrome centromedular de Schneider.

Los dos primeros síndromes son similares a los producidos en la patología vascular medular.

El último síndrome se produce en pacientes con discopatía degenerativa en uno o dos niveles de la columna cervical, que sufren caídas casuales. En el momento de la caída se golpea la médula contra la barra osteofitaria de la protrusión discal originándose una zona de lesión centromedular que determina:

- Disminución o pérdida de fuerza en miembros superiores, sobre todo distal.
- Se conserva la fuerza en miembros inferiores.
- Pérdida de la sensibilidad termoalgésica por debajo de la lesión.

DIAGNÓSTICO DE LA HDC

La prueba de elección para el diagnóstico de la HDC es la RMN de columna cervical, que nos va a dar datos del estado y de la hidratación de todos los discos cervicales. Nos dará información del tamaño de la HDC, del grado de compresión de la médula o de las raíces. Nos informará de si es un disco blando o duro, de si hay un fragmento discal extruido en el canal o de si hay osteofitos. Además la RMN nos

permite descartar otras patologías como tumores, placas de desmielinización, zonas de mielopatía, etc.

Si no se dispone de RMN se puede realizar un TAC cervical que puede ser diagnóstico en el caso de hernias grandes. El TAC permite visualizar las estructuras óseas con más nitidez que la RMN, se ven mejor los osteofitos o si hay una fisura en el hueso.

Hasta hace pocos años se utilizaba la Mielografía, que consistía en introducir en el canal mediante una punción lumbar o cervical, un medio de contraste radio-opaco y visualizar después con RX la imagen de la distribución del contraste. En la zona ocupada por una HDC aparece una muesca al no rellenarse ese nivel con el contraste. Una vez introducido el contraste también se puede hacer un estudio de TAC y los cortes nos dan datos precisos del espacio subaracnoideo. Esta técnica se llama MIELOTAC y puede ser útil en casos de difícil diagnóstico.

La RX simple de columna cervical en proyección lateral nos da información del estado de los discos, nos dice si están pinzados (disminuidos de altura), si tienen osteofitos, si hay listesis de una vértebra con relación a otra, pero no puede dar el diagnóstico de si hay o no una HDC.

El electromiograma de MMSS nos da datos acerca del estado de conducción nerviosa de los nervios y de las raíces cervicales. Esto nos permite saber si una raíz nerviosa está comprimida de forma importante o no. En el caso de compromiso radicular importante esa raíz tendrá signos de denervación en el EMG. Nos ayuda tanto en la determinación del grado de compresión como en la localización precisa de la raíz que está afectada, por ejemplo en caso de discopatía múltiple. El EMG no da el diagnóstico de una HDC, pero nos ayuda.

TRATAMIENTO DE LA HDC

Lo podemos dividir en tratamiento conservador y tratamiento quirúrgico.

TRATAMIENTO CONSERVADOR

Dentro del tratamiento conservador tenemos:

Los medios físicos.

Reposo. Puede usar un collarín cervical blando y no más de 8-10 días.

Calor local

Ultrasonidos, onda corta, etc.

Masajes

El tratamiento medicamentoso. Este tratamiento va a depender de la intensidad del cuadro doloroso. Utilizaremos

Analgésicos, tanto más potentes cuanto mayor sea el dolor, desde paracetamol 1 gr cada 6-8 h, hasta tramadol 100 mg cada 8 h si el dolor es muy intenso.

Relajantes musculares. Valium 5 mg cada 12 ó 24 h.

Antiinflamatorios.

Si el dolor no es muy intenso se puede usar

Ibuprofeno 600mg cada 8-12 h o bien
Diclofenaco 50 mg cada 8 h o bien
Piroxican 20 mg cada 24h.

Si el dolor es muy intenso podemos utilizar corticoides, Dexamatasona 4-8 mg cada 24 h durante una semana y después 4 mg cada 48 h durante dos semanas más.

Siempre que utilicemos antiinflamatorios debemos utilizar también un protector gástrico (omeprazol 20 mg cada 12 ó 24 h).

El tratamiento médico se debe realizar entre uno y dos meses antes de plantear la cirugía, a no ser que haya déficit neurológico.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

¿Cuándo está indicado?.

Hay situaciones en que la indicación es clara, si el paciente tiene déficit motor o alteraciones esfinterianas hay indicación quirúrgica. Si tiene signos de compresión medular hay indicación quirúrgica.

La otra indicación quirúrgica es la derivada del dolor sea radicular o cervical. En el caso de que el dolor sea muy intenso y no mejore con tratamiento médico, también hay indicación de cirugía.

Otra indicación de cirugía es la persistencia del dolor en el tiempo, que aunque sea un dolor moderado, le ocasione al paciente mucha limitación en sus actividades.

La cirugía puede hacerse por vía anterior en el cuello o por vía posterior.

¿Cual es el tratamiento de elección?

En pacientes jóvenes, con discos blandos, se efectúa una extirpación del disco intervertebral (discectomía) por vía anterior y se coloca una prótesis móvil de disco intervertebral que permitirá un movimiento limitado de ese segmento vertebral.

En pacientes con discos degenerados y en pacientes de más de 65 años se realiza la discectomía y la fijación del espacio con una prótesis fija.

Las dos técnicas más usadas por vía anterior son la técnica de Cloward y la técnica de Smith-Robinson.

Por vía posterior también se puede extirpar un fragmento de disco herniado, pero no se puede extirpar el disco. La técnica utilizada es la foraminotomía y extirpación de la hernia discal por vía posterior. Se usa muy poco.

ESTENOSIS DEL CANAL CERVICAL

La columna cervical es un segmento muy móvil que sufre con bastante frecuencia procesos degenerativos. Al producirse la degeneración discal y de las articulaciones posteriores, hay un crecimiento de osteofitos hacia el interior del canal

que van disminuyendo las dimensiones del canal cervical. En condiciones normales, la médula espinal mide 8 mm en sentido anteroposterior y 13 mm de derecha a izquierda. El canal vertebral mide 14 mm en sentido anteroposterior y 25 mm de derecha a izquierda. Estas dimensiones en algunos individuos son menores por un factor constitucional, es decir, tienen un canal estrecho congénito.

En la estenosis de canal tanto cervical como lumbar, hay que considerar en el origen del cuadro, tanto factores constitucionales como los degenerativos. Por este motivo hay individuos con muchas alteraciones degenerativas en la CV y que no tienen síntomas y otros casos que presentan clínica con menos alteraciones degenerativas. Esto se debe a que tienen un canal estrecho congénito. Se habla de estenosis de canal cuando el diámetro anteroposterior es menor de 12 mm.

CLÍNICA DE LA ESTENOSIS DE CANAL CERVICAL

Se presenta en individuos a partir de los 45 años y la incidencia va aumentando con la edad, siendo muy frecuente a partir de los 75 años.

El cuadro clínico que causa es el de una compresión medular progresiva, que con el tiempo va a producir una mielopatía cervical si no se corrige. El paciente nota dificultad para la marcha de forma progresiva, refiere que le cuesta controlar los movimientos de las piernas. En los miembros superiores puede notar debilidad en las manos y nota menos fuerza. El dolor es poco relevante.

En la exploración vamos a apreciar signos de compresión medular como son

- Hipertonía en miembros inferiores.
- Hiperreflexia en miembros inferiores
- Signo de Babinski
- Clonus en el reflejo aquileo

En miembros superiores, si la compresión es baja (C5-C6 o inferior), la exploración puede ser normal o tener déficit motor en antebrazos y manos. Si la compresión es alta (C3-C4), pueden verse los mismos signos de antes, hipertonia, hiperreflexia y clonus en miembros superiores.

El diagnóstico se hace con la RMN de columna cervical.

El tratamiento de la estenosis de canal es quirúrgico y va encaminado a detener los síntomas, sobre todo si hay mielopatía cervical. A medida que la mielopatía avanza, la recuperación es más difícil y en ocasiones después de la cirugía no hay mejoría.

En la cirugía se deberá eliminar la estenosis del canal con un abordaje que puede ser por vía anterior o por vía posterior. Si la estenosis se debe más a degeneración discal que comprime la médula cervical por delante, haremos un abordaje anterior para extirpar los discos o los cuerpos vertebrales que comprimen la médula. Después se ponen prótesis en sustitución de los elementos extirpados.

Si la estenosis está causada más por la hipertrofia de articulares posteriores y de los ligamentos amarillos, se efectuará una laminectomía descompresiva por vía posterior.

HERNIA DISCAL LUMBAR (HDL)

La enfermedad discal lumbar es una de las patologías más frecuentes. La lumbalgia es la segunda causa más común de bajas laborales, por detrás de los resfriados. Un 80% de las personas tienen lumbalgia a lo largo de la vida, de esos un 30% van a tener dolor ciático. De los pacientes con ciática un 20% de ellos acaban en cirugía.

El mecanismo de producción de la hernia discal lumbar es similar al de la región cervical. En la región lumbar los discos son más robustos porque tienen que soportar pesos mucho mayores que en el cuello. Además los pesos que soportan pueden ser cuatro o cinco veces mayores que el peso real que se levanta, porque hay que multiplicar ese peso por el brazo de palanca empleado.

En la región lumbar, por debajo de L1 no hay médula espinal, solo bajan las raíces de la cola de caballo. Cualquier lesión, sea una hernia discal o un tumor que invada el canal va a comprimir alguna raíz nerviosa y el síntoma más importante de estas lesiones va a ser el dolor radicular.

En la región lumbar, por el agujero de conjunción que hay entre dos vértebras sale la raíz correspondiente a la vértebra superior. Esa raíz sale por debajo del pedículo de la vértebra superior. El disco está 1 cm por debajo del pedículo, con lo cual una hernia discal del disco, por ejemplo L4-L5, no puede comprimir la raíz L4 porque esa raíz sale 1 cm por arriba. Esa hernia comprimirá cualquier otra raíz que salga por debajo, lo habitual es que comprima la raíz que va a salir por el agujero inferior. En este caso ese agujero es el L5-S1 y por ese agujero sale la raíz L5.

CLÍNICA DE LA HERNIA DISCAL LUMBAR

El paciente refiere una historia de lumbalgias previas, con uno o varios episodios de dolor lumbar agudo que cedieron con reposo y tratamiento médico, por lo general en menos de una semana. En alguno de estos episodios pudo notar algo de irradiación por una de las piernas.

El cuadro típico que produce una hernia discal es el de dolor en la región lumbar por la rotura del anillo discal. A este dolor hay que añadir el dolor radicular, por el dermatoma de distribución de la raíz correspondiente, que se debe a la compresión de la raíz nerviosa.

El dolor típico se irradia, desde la región lumbar, por la cara posterior del glúteo, cara posterior del muslo hasta la pierna o el pie. Este dolor aumenta con la tos o el estornudo, (Valsalva), mejora en reposo y la intensidad del dolor depende del grado de compresión radicular. En ocasiones se acompaña de parestesias en la zona de distribución del dolor.

Es un dolor LOCALIZADOR de tal forma que nos va a orientar sobre la raíz comprimida, de esta forma si el dolor se irradia por:

-Cara anteroexterna del muslo hasta la rodilla, estará comprimida la raíz L4 por una hernia en el disco L3-L4

-Cara anteroexterna de pierna hasta dorso del pie y dedo gordo, estará comprimida la raíz L5 por el disco L4-L5.

-Cara posterior del muslo, pierna, pantorrilla, talón, planta del pie y últimos dedos, estará comprimida la raíz S1 por una hernia L5-S1.

Al lado del dolor el paciente puede notar disminución de la sensibilidad o de la fuerza en el pie.

Puede originar trastornos esfinterianos, incontinencia o retención urinaria .Esto indica compresión de raíces sacras (S2 y S3).

EXPLORACIÓN

Ante la sospecha de una hernia discal debemos explorar:

FUERZA.

La compresión de L4 produce disminución de fuerza en la extensión de la rodilla (cuadriceps).

La compresión de L5 ocasiona disminución de fuerza en la flexión dorsal del pie (músculos peroneos).

La compresión de S1 ocasiona disminución de fuerza para la flexión plantar del pie, acto de pisar algo,(músculos gemelos).

El grado de disminución de la fuerza dependerá del grado de compresión de la raíz y puede ocasionar desde una disminución leve de la fuerza hasta una pérdida completa de la fuerza. (La graduación de la fuerza se hace con la escala de fuerza estudiada en Neurología).

REFLEJOS.

Si está comprimida L4 estará disminuido o abolido el reflejo patelar.

Si está comprimida S1 estará disminuido o abolido el reflejo Aquileo.

SENSIBILIDAD.

Puede dar hipoestesia o anestesia en el dermatoma de la raíz comprimida. Este dermatoma coincide con las zonas por las que se irradia el dolor dadas más arriba.

SIGNO DE LASÈGUE.

Se explora con el paciente en decúbito supino, y consiste en elevar lentamente la pierna en extensión, llega un momento en que aparece dolor en la región lumbar y por

la pierna, en ese momento la pierna forma un ángulo aproximado de X grados con la horizontal y decimos que tiene signo de Lasègue a X °. A partir de 60 grados se le da poco valor. El dolor lo refiere el paciente a la región lumbar en el lado que le duele, si es muy positivo ese dolor lumbar se irradia también por la pierna.

El signo de Lasègue contralateral es positivo cuando al elevar la pierna que no le duele el paciente nota dolor en la región lumbar del lado de la pierna que tiene la ciática. El signo de Lasègue contralateral positivo es muy indicativo de la existencia de una HDL.

DIAGNOSTICO DE LA HDL

Con la sospecha clínica, la prueba diagnóstica mas sensible (próxima al 100%) y más específica es la RMN de columna lumbar, que permite ver el tamaño de la hernia, si está o no extruida en el canal, si está emigrada y además nos informa del estado de los otros discos y de si hay otras patologías asociadas.

El TAC lumbar también es de utilidad con una sensibilidad próxima al 80% y nos informa también del grado de estenosis del canal y de si hay o no estenosis en los agujeros de conjunción.

La mielografía (en la región lumbar se llama radiculografía) es útil pero casi no se usa.

El EMG nos sirve para determinar la raíz afectada y el grado de afectación de la misma. Puede ser normal el EMG y el paciente puede tener una HDL.

TRATAMIENTO DE LA HDL

El tratamiento conservador de la HDL es similar al de la HDC.

El tratamiento quirúrgico esta indicado:

Cuando existan alteraciones esfinterianas.

Cuando exista déficit motor severo.

Cuando el dolor no se pueda controlar con medios conservadores en 2-4 semanas.

Cuando persista en el tiempo un cuadro radicular limitante.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA HDL

El método más usado es la DISCECTOMÍA SIMPLE. Consiste en abordar la hernia mediante una extirpación del ligamento amarillo (interlaminar) y a través de esa apertura extirpar el fragmento discal herniado y la parte central del disco intervertebral. Esta zona central del disco es poco consistente y si no se extirpa, cuando se levanta el enfermo y carga su peso sobre el disco, esa parte vuelve a herniarse con mucha frecuencia.

La discectomía simple puede hacerse con cirugía convencional, con microcirugía o con cirugía endoscópica.

Si el enfermo tiene una recidiva de una hernia ya operada o si el segmento vertebral presenta signos de inestabilidad, se puede realizar además de la discectomía simple, una fijación del segmento vertebral. Esta fijación se puede hacer:

- . Colocando un dispositivo interespinoso que sujeta las dos espinosas.
- . Colocando una fijación transpedicular (se ponen cuatro tornillos, uno en cada pedículo de las dos vértebras a fijar y se unen después los tornillos de cada lado con unas barras, de esta forma el peso pasa por los tornillos y las barras y no por el disco).
- . Colocando una fijación intersomática (se coloca una o dos prótesis o tornillos gruesos dentro del disco). Con la fijación mejoran un poco los resultados de la intervención pero es una cirugía mucho más agresiva.

ESTENOSIS DE CANAL LUMBAR

En la estenosis del canal lumbar hay dos factores que juegan un papel importante, por un lado el factor constitucional, genético. Hay individuos que nacen con un canal estrecho congénito de forma que a partir de los 45 años pueden comenzar a tener sintomatología de estenosis. Al lado del factor constitucional, tenemos el factor degenerativo que determina un crecimiento de articulares y del disco con formación de osteofitos. Progresivamente van disminuyendo las dimensiones del canal lumbar que en individuos normales puede empezar a dar síntomas de estenosis a partir de los 75 años. Cuando estos cambios degenerativos ocurren en pacientes con canal estrecho, la clínica puede comenzar a partir de los 45 años.

A estos dos factores tenemos que añadir otros que pueden acelerar el proceso degenerativo como son la escoliosis, las listesis, traumatismos en columna vertebral, la artritis reumatoide etc.

A nivel lumbar al no tener médula espinal, si las dimensiones del canal disminuyen, se van a comprimir las raíces de la cola de caballo. No habrá síntomas de compresión medular sino radicular.

Unas dimensiones de 12 mm o menos en sentido anteroposterior indican que hay estenosis de canal.

CLÍNICA DE LA ESTENOSIS DE CANAL LUMBAR

La sintomatología típica de la estenosis de canal es la claudicación para la marcha. El paciente cuando lleva recorrido un trayecto nota que le fallan las piernas y tiene que detenerse uno o dos minutos hasta que le desaparece esa sensación. Después puede reanudar la marcha otro trayecto de la misma distancia que antes. A medida que pasa el tiempo la claudicación le ocurre para distancias más cortas.

Se suele acompañar de parestesias en las piernas y no suele notar dolor intenso en los músculos de las piernas, esto es lo que la distingue de la claudicación de origen vascular que es más dolorosa.

A medida que avanza la estenosis el paciente, se encuentra incapacitado para deambular y puede tener urgencia miccional o incontinencia de orina.

La fuerza y los reflejos cuando se exploran pueden ser normales

El diagnóstico se hace con la RMN El TAC de columna lumbar tiene casi el mismo valor que la RMN en el diagnóstico de la estenosis del canal lumbar.

TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS DEL CANAL LUMBAR

Es quirúrgico, se realiza por vía posterior y la cirugía que se hace es una laminectomía que se extiende a todos los segmentos estenosados hasta dejar libres las raíces comprimidas.

Los resultados son bastante buenos y se recuperan habitualmente de forma completa todas las alteraciones.

Si la laminectomía es muy amplia, en ocasiones se efectúa en la misma cirugía una fijación transpedicular, para evitar la inestabilidad que puede ocurrir si la laminectomía es de varios niveles.