

CUANDO EL DESGASTE DE LA COLUMNA VA MÁS ALLÁ DEL DOLOR Y PUEDE REQUERIR CIRUGÍA

- La pérdida de fuerza o sensibilidad, las alteraciones de los reflejos y un dolor persistente pese al tratamiento conservador pueden indicar la necesidad de valorar una intervención quirúrgica.



El dolor cervical y lumbar es extremadamente frecuente y, especialmente a partir de determinadas edades, puede estar relacionado con el desgaste progresivo de las estructuras de la columna vertebral. Sin embargo, tener cambios degenerativos no significa necesariamente necesitar una operación. La clave está en determinar qué está provocando los síntomas y, sobre todo, si existe afectación neurológica. La denominada patología degenerativa de columna engloba diferentes alteraciones que afectan progresivamente a los discos intervertebrales, las articulaciones, los ligamentos y otras estructuras vertebrales. Entre las que con mayor frecuencia llegan a las consultas de Neurocirugía se encuentran la discopatía degenerativa, las hernias discales y la estenosis del canal vertebral.

“La columna es el principal soporte estructural del cuerpo y está sometida durante toda nuestra vida a cargas, movimientos y esfuerzos. Con el paso de los años sus estructuras van degenerando, aunque la edad no es el único factor que interviene”, explica el Dr. Francisco Villarejo, jefe de Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario La Luz, del grupo Quirónsalud. Además del envejecimiento, determinados trabajos que implican esfuerzos físicos repetidos, las sobrecargas mantenidas, algunas prácticas deportivas y los hábitos posturales pueden contribuir al deterioro de la columna.

Quando el dolor cervical o lumbar necesita una valoración especializada

Uno de los principales retos es diferenciar un episodio habitual de dolor cervical o lumbar de aquel que puede estar asociado a una alteración estructural que requiere un estudio más profundo. Según explica el Dr. Villarejo, ante un dolor persistente, especialmente en personas de mayor edad o cuando aparecen otros síntomas asociados, resulta importante realizar una valoración clínica que permita conocer su origen.

“El dolor es importante, pero no debemos fijarnos únicamente en cuánto duele. La pérdida de fuerza, las alteraciones de sensibilidad o de los reflejos pueden indicarnos que existe una afectación neurológica y requieren una valoración adecuada”, señala el neurocirujano. El diagnóstico comienza con la historia clínica y la exploración física y neurológica. Dependiendo de los hallazgos, pueden solicitarse pruebas de imagen como radiografías, resonancia magnética (RM) o tomografía computarizada (TAC), que permiten estudiar las estructuras de la columna y detectar una posible hernia discal, una estenosis del canal o cambios degenerativos importantes.

No obstante, encontrar alteraciones en una prueba de imagen no implica automáticamente que haya que operar. “Una resonancia puede mostrarnos una lesión, pero la decisión terapéutica no debe basarse únicamente en una imagen. Tenemos que comprobar que existe una correspondencia entre lo que vemos, los síntomas del paciente y los hallazgos de la exploración neurológica”, subraya el especialista.

La mayoría de los pacientes comienza con tratamiento conservador

Cuando no existen criterios que aconsejen una intervención, el primer escalón terapéutico suele ser conservador. Dependiendo de cada paciente, puede incluir fisioterapia, rehabilitación, analgesia y tratamiento antiinflamatorio, además de medidas dirigidas a recuperar la movilidad y mejorar la función. Según el jefe de Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario La Luz, la cirugía se plantea fundamentalmente cuando existe una lesión estructural que explica los síntomas, aparecen signos objetivos de afectación neurológica o el dolor persiste pese a haber realizado un tratamiento conservador adecuado.

El Dr. Villarejo resume la indicación quirúrgica en tres elementos fundamentales: “Debe existir una prueba radiológica que identifique la lesión, una exploración clínica o neurológica compatible y unos síntomas que no mejoren con el tratamiento conservador. La cirugía tiene sentido cuando todos estos elementos encajan en un mismo diagnóstico”. En determinadas situaciones, especialmente cuando existe un déficit neurológico significativo o progresivo, la valoración quirúrgica puede adquirir mayor prioridad.

De las grandes cirugías a procedimientos menos invasivos

La cirugía de columna ha experimentado una importante evolución. Tradicionalmente, determinadas hernias discales se trataban mediante hemilaminectomía y discectomía; las estenosis de canal podían requerir laminectomías amplias, mientras que los casos graves de discopatía degenerativa podían tratarse mediante técnicas de artrodesis. En la actualidad, la tendencia es intentar resolver el problema ocasionando el menor daño posible a las estructuras sanas que rodean la lesión, siempre que las características del paciente y de su patología lo permitan.

En el Hospital Universitario La Luz, el equipo del Dr. Francisco Villarejo apuesta por la microcirugía de columna mediante microscopio quirúrgico para abordar diferentes patologías degenerativas. En este sentido, el doctor explica que el microscopio nos proporciona una iluminación muy potente, gran aumento y una visión tridimensional del campo quirúrgico. Podemos identificar con mucha precisión las estructuras nerviosas y trabajar sobre la zona que está provocando el problema intentando preservar al máximo los tejidos circundantes.

En el caso de determinadas hernias discales, el objetivo es retirar el fragmento herniado que está comprimiendo las estructuras nerviosas mediante un abordaje reducido. En pacientes seleccionados pueden emplearse además espaciadores interespinosos. Para determinadas estenosis del canal, la microcirugía permite realizar procedimientos de descompresión como la flavectomía, mediante la retirada del ligamento amarillo cuando está contribuyendo a la compresión, o la foraminotomía, destinada a ampliar el espacio por el que salen las raíces nerviosas. En algunos pacientes con patología degenerativa también pueden utilizarse sistemas de estabilización o espaciadores, mientras que técnicas más extensas, como la instrumentación mediante tornillos transpediculares, se reservan para aquellos casos en los que estén indicadas.

Menor agresión quirúrgica para favorecer la recuperación

El concepto de cirugía mínimamente invasiva no consiste simplemente en realizar una incisión más pequeña. Su objetivo es reducir la manipulación muscular y ósea necesaria para alcanzar la zona afectada, preservar las estructuras sanas y facilitar la recuperación posterior. “Siempre que podamos solucionar el problema mediante una cirugía menos agresiva, evitando actuaciones innecesarias sobre hueso, músculo o articulaciones, estaremos favoreciendo una recuperación más llevadera para el paciente”, afirma el Dr. Villarejo.

La elección de la técnica, sin embargo, debe individualizarse. La localización de la lesión, el grado de degeneración, la existencia de inestabilidad vertebral, los síntomas neurológicos, las características anatómicas y el estado general del paciente son algunos de los factores que deben valorarse antes de decidir el procedimiento. Para el especialista, el avance de la cirugía de columna pasa precisamente por esa personalización: no operar una imagen radiológica, sino tratar al paciente y la repercusión real que la lesión tiene sobre su calidad de vida. “El objetivo no es hacer más cirugía, sino indicar correctamente cuándo es necesaria y, cuando lo es, resolver el problema con la técnica que permita obtener el mejor resultado causando la menor agresión posible”, concluye el jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario La Luz.