

CIÁTICAS QUIRÚRGICAS DEGENERATIVAS. REVISION SOBRE 134 CASOS.

H. M. PLOT, H. STEINSLEGER, R. LUCACCINI, A. TARDIVO, A. MONTI

Hospital Privado Modelo de Vicente López

PALABRAS CLAVE: Ciática - Hernia de Disco - Estenosis del canal lumbar.

RESUMEN

Se presenta la experiencia sobre 134 casos de ciáticas degenerativas quirúrgicas diferenciándose las producidas por hernia de disco de las secundarias a la estenosis lumbar o del receso lateral —y por espondilosis—. Las hernias son clasificadas según grados de protrusión, prolapso y extensión. La técnica quirúrgica dependió de la fisiopatología utilizándose en las hernias, abordajes mínimos (Flavectomias ampliadas) y en las estenosis, laminectomias amplias con foraminotomias y facetectomias.

Los resultados globales fueron satisfactorios en el 86% con un solo caso de resultado malo.

En 22 casos hubo complicación de grado variable, transitorias, que en la mayoría de los casos revirtieron rápidamente.

Introducción

Denominamos a esta comunicación "ciáticas quirúrgicas degenerativas" porque deliberadamente queremos excluir los procesos inflamatorios y tumorales que pueden causar dicho síndrome (Cuadro 1). Agrupamos las hernias discales junto a los procesos discartróicos porque muy frecuentemente se confunden en su definición e incluso diagnóstico y tratamiento. Así es frecuente encontrar el equivoco entre las hernias discales y las barras osteofíticas, cuadros distintos en su presentación, evolución y resultados, aunque con fisiopatología radicular compresiva muy semejante.

Todos los procesos degenerativos que aquí tratamos pueden agruparse bajo el común

CIÁTALGIAS QUIRÚRGICAS	}	Hernia de disco	<ul style="list-style-type: none"> Grado I: Protrusión Grado II: Prolapso Grado III: Extrusión
		Discartrosis	<ul style="list-style-type: none"> Canal estrechado Estenosis del receso lateral Espondilolistesis
		Procesos Inflamatorios	<ul style="list-style-type: none"> Discitis primaria o secundaria Espondilodiscitis o discoosteomielitis
		Tumores	<ul style="list-style-type: none"> Vertebrales (Mts., cordomas) Intradurales (Neurinomas, Ependimomas)

Cuadro N° 1

denominador de "espondilosis". Así puede producir compresión ciática irritativa el canal lumbar estenosado o estrechado, en cuyo mecanismo entran las barras osteofíticas, la hipertrofia de las apófisis articulares, la hipertrofia reaccional del ligamento amarillo, conjunto de factores que llevan también a lo llamado por Epstein "atrapamiento de la raíz en el proceso lateral". Estas estenosis lumbares predominan entre L3-L4 y L4-L5, mientras que las hernias discales se encuentran casi siempre entre L4-L5 y L5-S1. La diferenciación es importante, pues mientras que las hernias pueden tratarse mediante una económica operación de Love, la estenosis lumbar o del receso lateral requiere laminectomía amplia, foraminotomía y facetectomía, para asegurar mínimos resultados aceptables del alivio del dolor.

Material y Métodos

Hemos tabulado para este trabajo 134 casos operados hasta Diciembre de 1986, de los cuales 78 (58,20%) eran del sexo masculino y 56 (41,80%) femeninos todos operados en los centros arriba citados. (Cuadro 2).

COMPRESIONES RADICULARES NO TUMORALES

	Masculinos: 78 (58,20%)
TOTAL DE CASOS: 134	Femeninos: 56 (41,80%)

Cuadro N° 2

La distribución etaria mostró un neto predominio entre los 30 y 50 años. (Cuadro 3).

DISTRIBUCION ETARIA
Rango: 16-77 años. (134 Casos)

Edad	Masculinos	Femeninos
0 a 20	2	1
21 a 30	12	13
31 a 40	22	10
41 a 50	24	14
51 a 60	12	11
61 a 70	4	4
71 a 80	2	3
más de 80	—	—
Total	78	56

Cuadro N° 3

El tiempo de evolución fue dividido en cuatro grupos: de presentación aguda cuando el tiempo de evolución era menor de un mes, subaguda entre 1 y 6 meses de evolución y crónica mayor de 6 meses. Llamamos evolución crónicas reagudizada a los procesos antiguos con recaídas dolorosas en el lapso previo a la consulta. (Cuadro 4).

TIEMPO DE EVOLUCION
(134 Casos)

	Masc.	Fem.	Total	%
Aguda	19	15	34	25.5
Subaguda	26	17	43	32
Crónica	25	28	53	39.5
Crónica Reagudizada	2	2	4	3

Cuadro N° 4

El cuadro clínico de presentación fue casi siempre con dolor (casi 90%) acompañados de trastornos sensitivos, motores, de los reflejos o incluso génitourinarios. La frecuencia de los mismos está documentada en el cuadro 5.

Cuadro clínico	Masc.	Fem.	Total	%
dolor	60	90	120	89.5
Hiporreflex.	12	9	21	16
Hipoestes.	10	3	13	9.7
Paresias	8	3	11	8.2
Esfínteres	2	—	2	1.5
Impotencia	1	—	1	0.7

Cuadro N° 5

Métodos de estudio

Las radiografías simples son sólo aclaratorias en casos de francas espondilolistesis y/u osteoartrosis degenerativa marcada. En los casos de verdadera hernia de disco nos muestra la escoliosis antálgica contralateral que suele acompañar al dolor. El electromiograma suele orientarnos hacia la raíz comprometida, pero que de ninguna manera puede por sí solo hacer el diagnóstico etiológico o de localización topográfica. Es útil en los casos crónicos o dudosos, pero en la práctica nos guiaremos con

los estudios por imágenes para el planteo quirúrgico. Sólo en los casos de imágenes negativas con claro síndrome clínico tendremos en cuenta la topografía indicada por el electromiograma. También prescindiremos de éste en los casos agudos, sabiendo que se requieren tres semanas para positivizar los resultados electrofisiológicos.

Seguimos creyendo que la mielorradiografía es el estudio de elección, prácticamente rutinario en nuestro medio. La tomografía computada nos ha dado últimamente resultados contradictorios, con falsos negativos o confundiendo osteofitos con hernias. No tenemos experiencia aún, pero creemos que la Resonancia Nuclear Magnética desplazará muy pronto a los estudios citados y se convertirá en el verdadero método de elección. (Cuadro 6).

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Radiculografía	s/p ... 8 ... 8.5 %
	Pat. ... 98 ... 92.4 %
EMG	s/p ... 3 ... 4.15%
	Pat. ... 60 ... 95.83%
TCRM	s/p ... 0
	Pat. ... 7

Cuadro N° 6

Hallazgos

En base a la metodología precedentemente descripta hemos encontrado un neto predominio en el espacio L4-L5 con afectación de la 5ª raíz lumbar, seguido de la compresión de la raíz S1 en el espacio L5-S1. (Cuadro 7).

Nivel	Masc.	Fem.	Total	%
L2-L3	1	—	1	0.65
L3-L4	7	3	10	6.5
L4-L5	41	41	82	52.6
L5-S1	28	32	60	38
múltiples	5	3	8	4.8

Cuadro N° 7

Hemos decidido clasificar las hernias de disco verdaderas en tres grados: I: Protrusión, II: Prolapso y III: Extrusión.

La diferencia es a veces dificultosa entre los grados I y II pudiendo homologarlos a los términos de hernia pequeña o moderada para el grado I y de franca para el grado II. El grado III o extrusión no deja lugar a dudas al romper el ligamento común vertebral posterior y migrar al interior del canal. (Cuadro 8).

HERNIAS DE DISCO

Grado	Hombr.	Muj.	Total	%
1. Protrusión	17	16	33	25
2. Prolapso	36	45	81	60
3. Extrusión	16	4	20	15

Cuadro N° 8

Las hernias discales también pueden clasificarse por su topografía: Centrales, Paracentrales y Laterales. No hemos encontrado, aunque conocemos su existencia, hernias intraforaminales, creyendo que suele darse esta denominación a las hernias laterales pequeñas o a pequeños fragmentos extruidos y migrados. Las dos primeras (centrales y paracentrales) son visibles en la mielorradiografía por su impronta en el saco mientras que las laterales e intraforaminales se manifiestan por la amputación de la raíz o incluso pasan inadvertidas dando falsos negativos. La frecuencia según la localización topográfica se expone en el cuadro 9.

Localización	Masc.	Fem.	Total	%
Central	26	25	51	40
Paracentral	14	14	28	21
Lateral	24	28	52	39

Cuadro N° 9

Tratamiento Quirúrgico

La decisión operatoria debe ser clara para pretender buenos resultados. Para Ruge y Wiltse (6) debe operarse cuando:

- 1) Fracasa el tratamiento conservador mediante un adecuado reposo.
- 2) Una protrusión masiva central provoca déficit motor o esfinteriano.
- 3) Paresia severa o progresiva.
- 4) Ciática recurrente.

A estas claras indicaciones debemos agregar que Caspar y Loew (4) suman el dolor como pertinaz y principal componente.

En el Cuadro 10 exponemos las diferentes técnicas utilizadas en nuestros 134 casos analizados. Sin embargo creemos que el mismo no refleja exactamente la realidad actual, puesto que responde a distintas concepciones en el tiempo que hemos ido variando. En las prime-

TECNICA		Hom.	Muj.	Total	%
Laminectomía	única	25	23	48	33
	unilateral	4	1	5	3.5
	múltiples	10	18	28	19
Love	única	24	19	43	29
	múltiples	7	1	8	5.5
Foraminotomía		7	6	13	9

Cuadro N° 10

ras épocas hacíamos laminectomía prácticamente de rutina, en la forma clásica bilateral o como nos enseñara Ghersi y describe Ruge (6) como variante técnica: remoción en cuña de las apófisis espinosas hasta llegar al ligamento amarillo. Luego progresivamente fuimos haciendo abordajes cada vez más pequeños, incluso sin hemilaminectomía entrando por el espacio interlaminar. Pero este preciosismo técnico es contraproducente cuando la masa discal es central y voluminosa (grados II o III) pues es necesario reclinar fuertemente el saco y/o raíz para poder extirpar la masa. Al respecto enfatiza Fager (2) que la exéresis del fragmento discal debe efectuarse sin trauma de la cauda equina. Por ello este autor insiste en que debe hacerse una adecuada resección ósea para sacar el disco con maniobras delicadas sin forzar los elementos nerviosos. Por eso ahora, sin llegar a la laminectomía preconizada por Fager, preferimos los abordajes mínimos, pero adecuándolos a la masa discal a extirpar, no

dudando en ampliar a los límites necesarios pero respetando la arquitectura vertebral.

La cirugía del canal estrechado o de la espondilolisis requiere un enfoque distinto, no dudando en efectuar amplias laminectomías descompresivas ampliadas con facetectomía o foraminotomía.

El empleo de las técnicas microquirúrgicas sugeridas por Caspar (1) nos ha servido fundamentalmente para la obtención de buena iconografía fotográfica, pero no nos parece que resulte imprescindible y en general alarga el tiempo quirúrgico sin ventajas evidentes. Una variante técnica que estamos empleando es seccionar la mitad del ligamento amarillo cortándola en un plano paralelo a su superficie. Ello nos permite tener una bisagra (la mitad externa) de más fácil manejo y que obstruye menos el campo.

Ruge y Wiltse no dan importancia a la conservación del ligamento amarillo pero sí a la grasa epidural, que parece ser un elemento imprescindible para evitar la fibrosis adhesiva a los tejidos conjuntivos vecinos.

Resultados

Los hemos clasificado en 4 grupos (Cuadro 11) considerando como muy buenos a los que quedaron libres de todo síntoma, como buenos a los que quedaron con pequeñas molestias parestésicas o leves lumbalgias transitorias.

RESULTADOS	Hombr.	Muj.	Total	%
Muy bueno	42	21	63	47
Bueno	20	32	52	39
Regular	7	11	18	13
Malo	1	—	1	1

Cuadro N° 11

regulares son los que siguieron con dolor y malos los que empeoraron con la operación. Como vemos en el cuadro tenemos un 86% de buenos y muy buenos resultados y uno solo resultado malo.

En quince ocasiones tuvimos que reoperar los pacientes (Cuadro 12). De ellos 7 casos en los que recidivó la hernia en el mismo espacio y 5 que la presentaron en otro espacio, mejora-

REOPERACIONES	15
Por recidiva	7
Nueva hernia	5
Fibrosis	3

ron con la reoperación, no así tres casos de fibrosis postoperatoria en que la mejoría fue parcial y transitoria.

Sobre los 134 casos operados hubo 22 con complicaciones de grado variable. Una molestia frecuente pero banal y reversible fue la meralgia parestésica, atribuible no a las maniobras quirúrgicas en si mismas, sino a los puntos de apoyo para elevar al paciente haciendo pivot en sus espinas ilíacas anterosuperiores. De todos modos, dado que la máxima lordosis lumbar posible pero con el abdomen libre, son condiciones para el éxito operatorio, esta complicación nos parece irrelevante.

Encontramos sólo 5 supuraciones postoperatorias. Pensamos que aquí debe haber un error en la recolección de datos de las historias o déficit de asentamiento, pues nuestra impresión es que hemos tenido más casos de infecciones locales aunque ninguna de importancia trascendente. Lo mismo podemos decir en cuanto al número de retenciones vesicales transitorias, que nos parece una complicación frecuente y sin mayor importancia pues es reversible en horas o días. (Cuadro 13).

COMPLICACIONES	
Meralgia parestésica	7
Supuración operatoria	5
Retención vesical transitoria	3
Fístula LCR	2
Impotencia sexual	2
Distensión abdominal	2
Sepsis	1

Cuadro N° 13

En dos casos hubo fistulas de LCR, y siempre después de herir accidentalmente el saco dural o una raíz. Cerraron sin problemas.

Tuvimos un caso muy grave que casi nos cuesta la paciente, fue una septicemia a partir

de un absceso glúteo micótico que finalmente se resolvió.

De los dos casos de impotencia sexual postoperatoria uno era un paciente con síndrome de cola de caballo por extrusión discal y el otro sólo puede ser atribuido a maniobras forzadas en una brecha quirúrgica demasiado pequeña. Es el único caso tabulado como resultado malo.

BIBLIOGRAFIA

1. **Caspar W:** Die mikrochirurgische operativstechnik des lumbalen Bandscheibenvorfalls (Folletto) Ed Aesculap-Werke AG - Ausgabe, 1979.
2. **Fager Ch:** Ruptured median and paramedian lumbar disk. Surg Neurol 23:309, 1985.
3. **Kempe L:** Operative Neurosurgery. Vol II: 267-276, Ed Springer-Verlag, Nueva York, 1970.
4. **Loew F, Caspar W:** Surgical approach to lumbar disk herniations. The microapproach for the lumbar disk prolapse operation. Advances and Technical Standards in Neurosurgery. Vol 5:153-171, Ed Springer-Verlag, Viena, 1977.
5. **Plot HM:** Radiculografía lumbosacra. Experiencia durante dos años con un nuevo medio de contraste. Trabajo de Adscripción. Facultad de Medicina UBA, 1972.
6. **Ruge D, Wiltse L:** Enfermedades de la Columna Vertebral. Ed Continental, México, 1982.
7. **Schillaci R, Rabadán A, Bromberg R, Pardal E:** Evaluación de los exámenes complementarios de las hernias discales lumbares. Rev Arg Neurocir vol 3-N° 1:97, 1986.
8. **Schillaci R, Rabadán A, Bromberg R, Gerschel A y Pardal E:** Resultados de la cirugía en 99 hernias de disco lumbar. Rev Arg Neurocir vol 3-N° 1:114, 1986.