

Hernias de disco lumbares conducta terapéutica



Prof. Dr. Asdrúbal Silveri
Centro de Deformidades de Columna (CE.DEF.CO.)

Introducción

Con frecuencia, la hernia de disco lumbar es la responsable de dolores lumborradiculares (lumbociatalgias o lumbocrualgias) que terminan en tratamiento quirúrgico.

Muchos aspectos de esta patología permanecen aún poco claros y son controvertidos, generando opiniones diversas y a veces encontradas.

Hay trabajos que demuestran que muchas hernias de núcleo pulposo extruidas o secuestradas pueden desaparecer en pocas semanas o meses.⁽¹⁾

Los diferentes autores sugieren y proponen diversas modalidades terapéuticas, no quirúrgicas, incluyendo bloqueos epidurales o radiculares, manipulaciones, acupuntura, etc., de las cuales no existen referencias claras de su eficacia en los estudios realizados según criterios de Medicina basada en la Evidencia.

Estos tipos de modalidades terapéuticas son estimuladas por varios autores, ya que un gran número de cirugías podrían ser evitadas si se permitiera la evolución natural de la enfermedad.

También parecería ser un error insistir en llevar adelante un tratamiento conservador en todos los pacientes con hernias de disco, ya que hay casos muy claros que deben someterse a cirugía, obteniéndose buenos resultados a corto y largo plazo.⁽²⁾

Cualquier plan terapéutico es válido si no se agrede al paciente y logra su reinserción laboral y/o social lo más rápido posible.

Fisiopatología del conflicto discal

La fisiopatología del conflicto discal (hernia del núcleo pulposo), es multifactorial, y podría resumirse en la existencia de una agresión o injuria mecánica, donde se asocia la compresión y la tracción de la raíz y una agresión química, resultado de la liberación de numerosas citoquinas, desencadenada por el contacto de la hernia discal con la raíz nerviosa.

La reciente evidencia de *proponibacterium acnes*⁽³⁾ en un elevado porcentaje de especímenes de hernias discales probaría en algunos casos el origen infeccioso, pero se necesita mayor confirmación.

Componente mecánico

La compresión de una raíz nerviosa sana conlleva a tener disestesias, parestesias o un déficit motor, pero **no dolor**. Si esas raíces se irritan o inflaman se volverán dolorosas.

El ganglio espinal, en cambio, parece ser sensible a la compresión sin necesidad de estar inflamado.

La compresión tiene diferente sustrato anatomopatológico según que sea aguda o crónica, y según su magnitud.

Las compresiones débiles generan un edema intraneural, que luego se transforma en fibrosis peri e intraneural. Las compresiones de gran magnitud generan desde el principio hemorragias intraneurales, inflamación y fibrosis.

La tracción nerviosa, no obstante, es siempre dolorosa, aunque la parte foraminal y extraforaminal de una raíz, resiste 5 veces más que la parte intratecal.

De manera general, se debe saber que las tracciones producidas por los movimientos del raquis y los miembros inferiores son insuficientes para producir lesiones de estiramiento en las raíces. Sin embargo, esta última con-

sideración no sería válida si hubiese adherencias entre el saco dural y las raíces, ya que un movimiento lumbar intenso puede generar lesiones radiculares por estiramiento.

Componente químico

El contacto de una hernia discal con tejido meningorradicular puede generar una irritación química. Esta produce un edema de las raíces y del ganglio espinal, aumenta la presión dentro del ganglio, reduce el flujo vascular y aumenta las respuestas nociceptivas en muchos animales.

El simple contacto de material discal con las raíces es capaz de provocar la secreción de citoquinas y FNT- α (factor de necrosis tumoral alfa), que producen inflamación.

En animales, se ha visto que usando un anticuerpo bloqueador de este factor, el infliximab⁽⁴⁾ por vía intravenosa, se ha mejorado la inflamación y el dolor. Sin embargo, esto no se ha podido demostrar en humanos con trabajos randomizados⁽⁵⁾ hechos en Finlandia. En dichas investigaciones los autores concluyen que el infliximab aparentemente no mejoraría la reabsorción de una hernia de núcleo pulposo en un plazo de 6 meses (tiempo que duró el estudio). Contradictoriamente, otros autores⁽⁶⁾ obtuvieron un buen resultado usando el infliximab luego de haber fallado las inyecciones de corticoides epidurales.

Desde los primeros días, sobre todo en las hernias expulsas se ha visto la presencia de numerosas células inflamatorias y de macrófagos junto con otras sustancias (metalproteasas en cantidades mayores que en un disco sano) que serían las responsables de la reabsorción herniaria, aunque el mecanismo íntimo aún se desconoce.

En conclusión podemos afirmar que la evolución natural del conflicto discorradicular es favorable, tanto clínica como imagenológicamente, sobre todo cuando la hernia está extruida en el espacio peridural.⁽⁷⁾ (Figura 1)