

Hernias discales, entre el tratamiento conservador y las cirugías emergentes

Sobrepeso, sedentarismo, ausencia de ejercicio físico y malas posturas aceleran la degeneración del disco, por lo que conviene mantener una cuidada higiene postural, además de practicar ejercicio de forma regular

LAS ARRUGAS no son las únicas huellas que dan cuenta del paso de los años. El organismo humano esconde otras, imperceptibles a primera vista, que no siempre se manifiestan a través de los pliegues de la piel o la pérdida del pelo. La enfermedad degenerativa del disco es una de ellas, ya sea en forma de protusiones (degeneración del disco anterior a una hernia) o de hernias discales y ciática. Este tipo de desgaste afecta a gran parte de la población, hombres y mujeres por igual, y es la causa más frecuente de incapacidad laboral por debajo de los 45 años. Los expertos advierten de que muchos adultos sanos mayores de 30 años pueden sufrir protusiones de disco (hasta tres) sin que sean conscientes de ello. Se trata, por tanto, de un problema de salud cada vez más frecuente cuyo tratamiento no tiene por qué acabar siempre en la mesa de un quirófano.

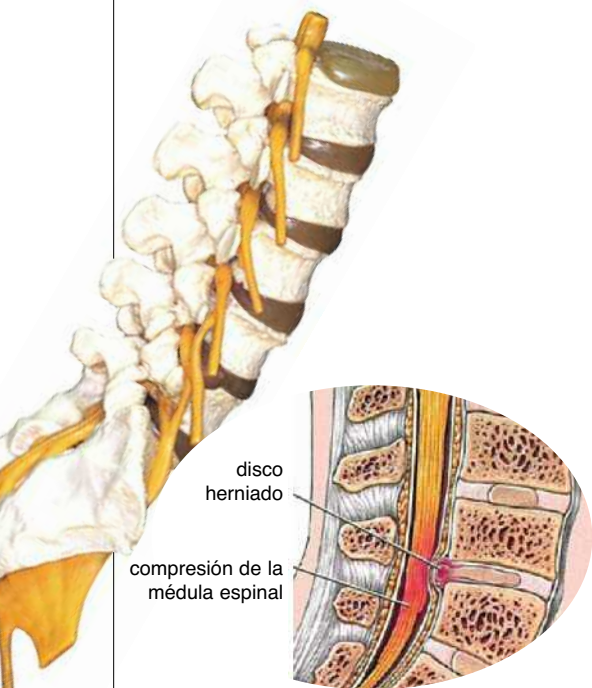
Esta decisión dependerá, en primer lugar, del tipo de afección: no es lo mismo tener una hernia que padecer un dolor lumbar. Por este motivo, en lugar de hablar de hernia se dice que un paciente sufre una degeneración discal, que puede estar asociada a una hernia o no, igual que el dolor.

Aparición y prevención

Las protusiones y hernias discales no sólo se deben al proceso de envejecimiento del disco. También pueden aparecer de manera repentina, motivadas por un fuerte traumatismo. Por eso, las personas que en sus trabajos levantan pesos son más propensas a sufrir la rotura de un disco intervertebral y una hernia de forma aguda, así como los atletas debido a un gesto súbito.

El principal sistema de protección es el uso de fajas especiales. Pero no es el único método. Como en otros problemas relacionados con la espalda, es fundamental mantener un buen estado de salud, una cuidada higiene postural y practicar ejercicio de forma regular. La buena musculatura abdominal y del tronco reduce la probabilidad de desarrollar una protusión o hernia discal.

Por el contrario, el sobrepeso, sedentarismo, ausencia de ejercicio físico y malas posturas incrementan el riesgo de sufrir una hernia discal. El tabaquismo también es un factor que favorece la enfermedad degenerativa del disco.



PREVENCIÓN

- 1 Practicar ejercicio físico de forma regular y mantener una buena musculatura abdominal y del tronco.
- 2 Evitar el tabaquismo.
- 3 No levantar cargas pesadas. Si es necesario hay que protegerse con una faja.
- 4 Evitar los movimientos bruscos.
- 5 Mantener una buena postura corporal.
- 6 Ante cualquier dolor lumbar, si persiste y no mejora mediante la aplicación de calor local y estiramientos, hay que acudir a un médico o especialista.

Fuente: Andrés Combalia, cirujano ortopédico y traumatólogo del Hospital Clínic, de Barcelona.



Tres tratamientos para un mismo problema

Padecer una hernia no implica, ni mucho menos, de visitar la sala de operaciones. Se estima que el 80% de los adultos sufre algún dolor lumbar a lo largo de su vida, pero sólo entre el 1% y el 2% precisan cirugía.

Principales tratamientos

1- Tratamiento Conservador

El tratamiento conservador o clásico se basa en reposar y guardar cama durante unos días, evitar los gestos bruscos, utilizar una faja preventiva y tomar antiinflamatorios. El objetivo fundamental es aliviar el dolor. Ahora bien, si la hernia discal es de gran tamaño y comprime las raíces del nervio ciático, las posibilidades de mejora se reducen.

Como parte de este tratamiento se utilizan los ejercicios terapéuticos (estiramientos, flexión, extensión y ejercicios aeróbicos de bajo impacto), en ocasiones combinados con la acupuntura -que estimula la producción de sustancias endógenas del organismo como las endorfinas, la acetilcolina y la serotonina. La oxigenoterapia u ozonoterapia, basada en una inyección de ozono en la zona afectada con efecto inmunomodulador y antiinflamatorio, también se usa para aliviar el dolor en procesos crónicos.

2- Tratamiento intervencionista

A mitad de camino de los tratamientos conservadores y de los quirúrgicos se ubica el bautizado como tratamiento intervencionista. Se basa en las infiltraciones de fármacos antiinflamatorios en el canal epidural, en lugar de la administración mediante comprimidos. Los responsables de su aplicación son los especialistas clínicos del dolor o anestesiólogos. En ocasiones, basta una sesión para que los pacientes mejoren, aunque es habitual necesitar más de una. Estos antiinflamatorios desinflan la raíz que comprime la herniación discal.

Entre los tratamientos más novedosos en este campo destacan los utilizados por la Fundación Kovacs a partir del tratamiento de los dolores lumbares debidos a hernias discales mediante el uso de material quirúrgico -grapas- en las terminaciones nerviosas de la piel para aliviar el dolor. Un procedimiento denominado neuroreflejo-terapia.

3- Operar o no operar...

La medicina científica defiende que se recurra a la cirugía si, transcurrido un periodo prudencial de tres a seis meses, el paciente no ha mejorado. Se estima que en torno al 75% de los afectados se recuperan con el tratamiento conservador, mientras que el 25% necesitan una intervención.

Las más frecuentes son:

• Extraer el disco o discectomía

Esta operación consiste en retirar la hernia y el dolor del nervio ciático. El problema es que, una vez practicada, entre vértebra y vértebra ya no hay un disco y, por lo tanto, con los años, el paciente podría tener problemas. Hasta los 50 años, con una hernia discal pura, sin artrosis u otras dolencias añadidas, la discectomía es la técnica más utilizada.

Una variante de esta técnica es la **microdiscectomía lumbar**, la discectomía que se practica a través de una incisión milimétrica en el raquis (la columna vertebral) con las técnicas de la cirugía mínimamente invasiva -menos agresivas-. Con ella se reducen las complicaciones en el postoperatorio, se permite acortar la hospitalización y el tratamiento es menos costoso para el sistema sanitario. Pero aún no está muy extendida.

Con los métodos tradicionales, el éxito de la cirugía es del 85%, lo que significa que el dolor radicular desaparece. No obstante, el 5% de pacientes pueden sufrir una nueva hernia discal y, entre el 10% y el 15%, dolor lumbar residual. Como parte de las técnicas de cirugía mínima invasiva han surgido varias, como la **discectomía percutánea por aspiración del disco** y la

discectomía percutánea por láser, pero en ninguno de los dos casos se acercan a los niveles de éxito de la discectomía clásica. En cambio, la **microdiscectomía endoscópica**, que permite visualizar las estructuras que se están operando con un endoscopio, registra una tasa de resultados del 90%.

• Sustituir el disco

El disco soporta las presiones que se ejercen sobre la columna, actúa como amortiguador y distribuye las cargas. Por estas razones se investigan distintas posibilidades para su sustitución. En estos momentos se utilizan las siguientes:

- Prótesis de gelatina:

Está formada por un contenido gelatinoso cuadrangular y una envoltura que sujeta al núcleo gelatinoso. La prótesis de gelatina no es la mejor opción pero sí resulta más beneficiosa que sacar el disco y no colocar nada en su lugar. De esta forma, se evita que con el paso de los años aparezca de nuevo el dolor lumbar por la unión de las vértebras.

- Prótesis de metal y polietileno:

Equivalente a una prótesis de cadera o de rodilla. La prótesis de metal es una plataforma metálica que se coloca entre una vértebra y la siguiente como una "bola" o esfera de polietileno. La ventaja, tanto de esta prótesis metálica como la de gelatina, es que preservan la movilidad entre las vértebras.

• Técnica de fusión

Es la más frecuente y segura para los pacientes que, además del disco herniado, sufren de artrosis o desgaste del segmento enfermo. Consiste en colocar, en el lugar del disco, una especie de caja del disco y un injerto del hueso, lo que haría desaparecer el movimiento entre las dos vértebras. Esta técnica se conoce como fusión vertebral y elimina la función del disco enfermo. Su ventaja es que conserva el espacio y la altura, pero excluye la movilidad entre los segmentos de las vértebras para evitar la lumbalgia. Suprime el dolor, pero también la movilidad. //



CONSEJOS A SEGUIR DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

Hace unos años, después de sufrir una cirugía de la hernia de disco, los pacientes debían permanecer ingresados en el hospital entre una y dos semanas. Pero los progresos alcanzados en los últimos años con la anestesia han permitido reducir este tiempo de permanencia en el hospital a 24 - 48 horas. Ahora bien, conviene seguir el postoperatorio en su domicilio, así como determinadas pautas:

Durante las dos primeras semanas:

El recién operado debe utilizar una faja lumbar que se colocará cuando se levante de la cama, así como tomar la medicación indicada y cuidar de su herida quirúrgica, que ha de mantener limpia y seca. Conviene que se siente en sillas altas o, en caso de no disponer de ellas, que se utilicen un par de cojines y, si es posible, con reposabrazos. Durante este periodo es recomendable sentarse sólo para comer, cenar o utilizar el inodoro. El resto del tiempo hay que permanecer en cama y caminar todos los días durante breves periodos de tiempo que aumentarán según las indicaciones médicas.

Tercera semana:

- En la tercera semana después de la intervención lo habitual es que el paciente se sienta recuperado, aunque pueda notar algún síntoma en forma de hormigueos o falta de sensibilidad en las piernas, incluso algún dolor en la espalda cuando la mueve.
- La faja ya no es necesaria, aunque se puede utilizar si el paciente se siente más cómodo.
- La herida debería estar cicatrizada, con lo que no se precisaría ningún apósito para cubrirla, aunque la cicatrización completa requiere entre cuatro y seis semanas.
- El paciente ya puede sentarse en sillas normales, no demasiado bajas, con los glúteos pegados al respaldo y sin doblar la espalda.
- Ya se puede salir de casa y caminar durante más tiempo con calzado deportivo.
- Hay que evitar el uso de escaleras, pendientes y rutas no asfaltadas.
- Se recomienda pasear con los pies descalzos por la orilla del mar, siempre que no haya mucha pendiente.

Cuarta semana:

Como parte de la recuperación, el paciente ya puede comenzar a bañarse en la piscina, aunque debe descender con cuidado por la parte que no cubre. Tras caminar durante un tiempo, hasta sentirse seguro, ya puede nadar de espaldas. También puede optar por practicar otros deportes como la bicicleta estática cinco minutos al día, durante los cuales debe permanecer erguido, o bien caminar por un terreno llano, con calzado cómodo y deportivo al menos una hora al día. Una vez finalizada la cuarta semana, se debe acudir a la consulta del médico para someterse a una revisión.

Fuente: J. Sales Llopis, del Servicio de Neurocirugía del Hospital General Universitario de Alicante