



HERNIA DISCAL

Dr. Carlos Esteve de Miguel - @estevedemiguel

La enfermedad degenerativa de las vértebras lumbares comienza a nivel de los discos intervertebrales. Los fenómenos degenerativos del disco hacen su aparición a partir de los 30 a 40 años con la deshidratación del núcleo gelatinoso discal. Esta lesión está en relación con diversas circunstancias o factores personales como son la herencia, la longitud de la columna vertebral, el estado de la musculatura, el sobrepeso, sobrecargas, malas posiciones o esfuerzos indebidos.

Cuando el disco degenera y se deshidrata se pueden producir fisuras o fragmentación en su interior. Asimismo su altura disminuye –lo que denominamos pinzamiento- y se instaura una disfunción con una movilidad vertebral anormal. A medida que el núcleo discal va degenerando se transfiere mayor tensión al anillo que rodea al disco, lo que puede producir una rotura del mismo. Si se produce una rotura del anillo, el núcleo discal se puede desplazar, lo que denominamos hernia discal.

La degeneración discal, sin hernia no tiene porqué ser responsable de cuadros dolorosos. Las alteraciones degenerativas discales aparecen con el paso de los años en prácticamente todos los individuos y no constituyen necesariamente una enfermedad. No obstante, un disco degenerado puede conllevar un incremento de la amplitud de sus movimientos. Esto provoca una sobrecarga de las articulaciones intervertebrales posteriores y puede causar una inestabilidad vertebral. Asimismo, estas articulaciones pueden hipertrofiarse al formarse hueso anormal a su alrededor lo que provoca un estrechamiento de los canales por los que pasan los nervios o estenosis.

La ciática es un cuadro de dolor lumbar que irradia a las extremidades inferiores siguiendo el trayecto de los nervios ciáticos. El dolor comienza en la región lumbar y suele recorrer la nalga, la cara posterior del muslo y la cara posterior y externa de la pierna y el pie. La ciática puede ser debida a una estenosis vertebral o a una hernia discal que llega a contactar con los nervios. En todo caso, los nervios ciáticos comprimidos determinan un dolor en las extremidades inferiores, en el territorio inervado por los mismos.



La mayoría de los pacientes con lesiones discales acuden a la consulta por dolor lumbar irradiado a las extremidades inferiores, generalmente después de haber levantado un peso o haber flexionado repetidamente la columna. Este dolor se incrementa al toser o estornudar y disminuye con el reposo.

La exploración de un paciente con lesiones discales puede poner de manifiesto:

1. Dolor lumbar o ciatálgico intenso e invalidante, que va aumentando en el curso de las horas
2. Una rigidez lumbar por contractura muscular refleja que puede incluso modificar la forma del tronco. El dolor inmoviliza al enfermo pues cualquier movimiento del tronco agudiza extraordinariamente el dolor.
3. Parestesias ó alteraciones de la sensibilidad en el territorio mencionado. Generalmente en forma de hormigueo o entumecimiento, a veces anestesia de las zonas afectadas.
4. Trastornos motores: puede haber disminución de la potencia muscular en todo el territorio correspondiente. Esto junto al dolor, provoca cojera.

En el 90 % de los casos se lesionan los discos L4-L5 y L5-S1, es decir los situados entre las vértebras lumbares cuarta, quinta y el sacro, que son los que soportan las mayores cargas vertebrales. Las hernias discales lumbares se localizan generalmente en el canal vertebral central, hacia los lados, dado que el ligamento vertebral posterior es más grueso en la línea media, con lo que el desplazamiento discal tiende a seguir una dirección lateral, donde el ligamento es más débil.

Una vez tenemos la sospecha clínica de una lesión discal, podemos solicitar las pruebas diagnósticas necesarias para confirmar el diagnóstico. En unas radiografías podremos apreciar un estrechamiento del espacio discal y una malalineación o desplazamiento entre dos vértebras al haber fallado el disco intermedio.

Solicitamos también un TAC o una resonancia magnética, que permiten visualizar los discos, la médula y los nervios.

La electromiografía es muy útil para evaluar los signos de sufrimiento de los nervios ciáticos.



El tratamiento de las lesiones discales lumbares, en la fase aguda, debe incluir reposo en cama. Suele ser suficiente con 2 ó 3 días. Las caderas y las rodillas deben mantenerse en flexión para relajar los nervios ciáticos. Se administran fármacos analgésicos, antiinflamatorios y relajantes musculares. Pueden ser necesarios los corticoides en las primeras fases. El calor local es relajante y antiinflamatorio.

Una vez pasada la fase aguda conviene educar al paciente sobre el modo de prevenir episodios futuros de dolor lumbar. Así deben fomentarse las medidas de higiene postural que eviten la sobrecarga de la región lumbar. Los corsés deben llevarse solamente por un periodo de 3-4 meses, para evitar la atrofia muscular. Los ejercicios son muy importantes para mantener la columna flexible y musculada, reduciendo así las posibilidades de sufrir nuevos episodios de dolor lumbar. Se recomiendan sobre todo ejercicios de flexión de la columna lumbar, que abren los forámenes y las articulaciones vertebrales posteriores, reduciendo así la compresión de los nervios.

La cirugía está indicada en los casos de dolor lumbar o lumbociatálgico incapacitante y persistente, a pesar de un tratamiento conservador correcto. También lógicamente está indicada en los casos de parálisis de los miembros inferiores por una estenosis o una rotura discal masiva. El procedimiento quirúrgico es una laminotomía o ampliación del espacio del canal neural y excisión de fragmentos del disco lumbar. Con ello conseguimos eliminar del canal lumbar principal y de los forámenes laterales todo aquel tejido discal u óseo que pueda comprimir los nervios.