

RADICULOPATÍA POR HERNIA DISCAL CERVICAL Y LUMBAR

- Es la causa más frecuente de dolor irradiado a una extremidad desde cuello y región lumbar (Cervicobraquialgia, Lumbociática). No suele haber antecedente traumático. No es raro episodios previos de dolor con resolución espontánea.
- Localización más frecuente: Cervical C5-C6 y C6-C7, y Lumbar L4-L5 y L5-S1
- El 70% de los adultos sufre dolor lumbar (Lumbalgia) en algún momento de su vida, pero sólo el 1-2% de éstos es causado por una hernia discal.

RADICULOPATÍA POR HERNIA DE DISCO CERVICAL Y LUMBAR

Síntomas y signos:

1-Dolor

-Cervical: inicialmente cuello y posterior irradiación a hombro y brazo

-Lumbar: de inicio en región lumbar, gradual a veces intermitente, con posterior irradiación a la extremidad inferior.

-Irradia en trayecto de raíz nerviosa.

-Aumenta con maniobras de Valsalva (tos, estornudo, esfuerzo de defecación) y ejercicio.

Mejora con reposo en decúbito

-Aumenta con maniobras de estiramiento radicular (extensión y rotación contralateral de la cabeza, maniobra de Lassègue).

2-Espasmo muscular paravertebral

-Cervical: bloqueo movilidad del cuello,

-Lumbar: escoliosis antiálgica en el 50%

3-Déficit neurológico:

-Si la hernia es lateral (lo más frecuente)

-**parestias, debilidad y disminución ROT** en distribución metamérica radicular.

-Si la hernia es central y masiva (mas raro):

-signos de **compresión medular cervical** (paraparesia, nivel sensitivo en tronco y alteración esfínteres).

-signos de **compresión de cono medular** (alteración de esfínteres vesical y rectal, hipoestesia en silla de montar) y raíces de cola de caballo (paraparesia asimétrica).

Abordaje del paciente con CERVICOBRAQUIALGIA-LUMBOCIÁTICA:

a) Anamnesis dirigida:

1-Dolor:

- forma de inicio (agudo ó crónico) y evolución (progresivo ó remitente).
- localización e irradiación: distribución radicular, articular ó inserciones músculo-tendinosas.
- cualidad (neuropático, mecánico, inflamatorio)
- posturas y maniobras que aumentan (Valsalva, bipedestación o carga) o disminuyen el dolor (reposo, postura antialgica).
- fármacos usados para su alivio.

2-Déficit neurológico (sensitivo o motor) asociado.

3-Antecedentes de traumatismos, enfermedades sistémicas ó neoplásicas.

b) Exploración Clínica:

1- Exploración articular. Limitación de movilidad activa ó pasiva. Signos inflamatorios locales.

2- Maniobras de estiramiento radicular (maniobra de Lasegue y otras). Presencia de espasmo-contractura de los **músculos paravertebrales** asociada.

3- Exploración neurológica buscando el déficit neurológico asociado (fuerza, ROT, sensibilidad). Exploración de la marcha (puntillas-talones, paraparesia). No confundir impotencia funcional por dolor.

4-Signos de enfermedad sistémica: infección o de neoplasia.

5-Exploración vascular: frialdad y pulsos periféricos.

c) Exploraciones complementarias:

-A.Sangre: Hemograma y Bioquímica.

-Estudios Radiológicos:

-Rx simple de **Raquis** AP, L (a nivel cervical también oblicua),

-Rx articulaciones (diagnóstico diferencial artrosis):

-Hombro, codo, mano, según proceda

-Sacro-iliaca, cadera, rodilla, pie, según proceda

-**TAC y/o RMN de Raquis** Cervical ó Lumbar, según proceda

-Estudios Neurofisiológicos: EMG y PESS.

d) Motivos de remitir urgente:

-Dolor que no mejora a pesar de tratamiento conservador adecuado.

-Pérdida de fuerza segmentaria que no recupera, o que progresa. (No la simple parestesia).

-Signos de compresión medular o de cola de caballo. Paraparesia, alteraciones esfinterianas. Nivel sensitivo en tronco.

e)Criterios de Intervención quirúrgica

a)Clínicos: -Dolor intratable, recurrencias múltiples.

-Déficit motor persistente ó progresivo.

b)Neuroimagen: presencia de hernia de disco, con signos de afectación radicular, congruente con la topografía clínica del dolor y del déficit neurológico.

c)EMG: Signos de denervación activa congruentes con topografía clínica del dolor y con los hallazgos de neuroimagen.

CERVICOBRAQUIALGIA-LUMBOCIÁTICA:

A) Causas Neurológicas:

1-Lesiones Radículo-medulares:

- 1-Hernia de Disco Cervical o Lumbar
- 2-Radiculo-Mielopatía Espondiloartrósica : Estenosis y osteofitosis foraminal ó de canal cervical y lumbar.
Espondilolistesis.
- 3-Radiculopatías inflamatorias (Herpes Zoster, Brucelosis).
- 4-Tumores espinales primarios ó metástasis vertebrales.
- 5-Traumatismos: estiramiento, arrancamiento radicular.

2-Lesiones de plexo braquial y lumbosacro

- 1-Traumatismo, compresión postural post-anestesia.
Hematoma retroperitoneal (Sintrom, técnicas invasivas).
- 2-Neoplasias (Mama, Pancoast, Linfoma, tumores pelvicos y abdominales), plexitis post-radiación.
- 3- Plexitis idiopática, Plexopatía diabética.
- 4-Síndromes del estrecho torácico y de escotadura ciática.

3-Lesiones de los nervios periféricos:

a)Atrapamientos

- 1-**mediano** en túnel carpiano,
- 2-**cubital** en codo,
- 3-**radial** en canal de torsión del húmero.
- 4-**femorocutáneo** Meralgia parestésica.
- 5-**peroneal** en cabeza de peroné
- 6-**Interdigitales** Neuroma de Morton.

b)Neuropatías dolorosas: diabética, alcohólica, isquémica

B) Causas No Neurológicas

- 1-**Hombro doloroso** (40% de la población): Tendinitis SE, Artrosis acromioclavicular, Rotura del manguito de los rotadores, hombro congelado (periartritis EH).
- 2-**Codo doloroso:** epicondilitis, epitrocleitis, tendinitis del bíceps.
- 3-**Mano dolorosa:** Tenosinovitis digital estenosante (dedo en gatillo), tenosinovitis de De Quervain.
- 4-**Sacroiliaca dolorosa:** Sacroileitis reumática o mecánica

5-Cadera dolorosa: Bursitis trocantérea, ileopectínea. Artrosis.

6-Rodilla dolorosa: Tendinitis ileo-tibial (tensor de la fascia lata), bursitis prepatelar, anserina (pata de ganso), inestabilidad de rotula, tendinitis rotuliana, condromalacia rotuliana, Quiste de Backer (hueco poplíteo). Artrosis.

7-Pie doloroso: talalgia, dolor en la fascia plantar,

5-Vascular: Raynaud. Causalgia, Distrofia simpática refleja
claudicación intermitente isquémica de eeii. Angeitis.

Caso Clínico:

Mujer de 50 años. Profesión planchadora. Antecedentes de Obesidad, Hipotiroidismo en tratamiento con Levothroid, y Lumbalgias por espondiloartrosis.

Desde hace 2 meses presenta dolor de inicio lumbar, posteriormente irradiación ocasional a cara anterior de muslo y pierna izquierda que se desencadena con la bipedestación prolongada y al caminar, especialmente a última hora del día. Mejora y desaparece al sentarse y especialmente al tumbarse.

Se le realiza Rx de columna lumbar y cadera izquierda apreciando espondiloartrosis lumbar con escoliosis y listesis L4-L5, incipiente coxartosis.

Se prescribe tratamiento con AINEs que alivian parcialmente el dolor sin desaparecer completamente y la paciente continua con su actividad habitual. El dolor se incrementa con la tos y estornudos, así como al cargar pesos y asocia disestesias nocturnas en la cara anterior de la pierna izquierda con sensación de pinchazos e hipersensibilidad al roce de la sábana con inquietud y dificultades para mantener el sueño. Se asocian miorrelajantes que no terminan de aliviar la sintomatología. Finalmente el dolor se incrementa sin responder a AINEs ni miorrelajantes y se añade sensación de pérdida de fuerza en la pierna con dificultades para caminar (cojea), y un episodio de caída al suelo por fallo motor en la rodilla. La paciente acude a urgencias, desde donde ingresa.

La paciente presenta intenso dolor a nivel lumbar y cara anterior de muslo y pierna izquierda que le impide la bipedestación. A la exploración neurológica se aprecia importante contractura muscular paravertebral a nivel lumbar con actitud antialgica en flexión, pérdida de fuerza proximal para la flexión de la cadera y para la extensión de la rodilla contra-resistencia (4/5), en parte condicionada por dolor (impotencia funcional), disminución de reflejo rotuliano izquierdo, hiperestesia al roce en cara antero-interna de la pierna izquierda. El dolor aumenta con las maniobras de estiramiento radicular (Lasségue invertido), pero no al movilizar la cadera con la rodilla flexionada.

Se realiza RMN de Raquis Lumbar que demuestra severa espondiloartrosis lumbar con protrusiones discales difusas desde L1 hasta L5, hernia discal L4-L5 con espondilolistesis y estenosis de canal lumbar sin clara afectación radicular. El EMG con patrón neurógeno crónico sin signos de denervación. El dolor mejora a lo largo de 1 semana precisando inicialmente reposo absoluto y corticoides IM, asociados a tratamiento con AINEs y miorrelajantes, y Gabapentina en dosis crecientes. Tras la mejoría del dolor desaparecen la contractura y el déficit sensitivo motor asociado, iniciando levantamiento progresivo y permitiéndole la deambulaci3n. Es dada de alta con dieta para perder peso, rehabilitaci3n de musculatura paravertebral y escuela de la espalda.

En una revisión posterior 3 meses después la paciente se encontraba asintomática, habiendo conseguido pérdida de 5 kg de peso y pudiendo reincorporarse a su actividad laboral. Se recomendó control postural en el trabajo.

Consideraciones

-En primer lugar definir las características del dolor: inicialmente de tipo mecánico, pues aumenta con la carga (bipedestación) mejorando o desapareciendo en reposo, pero después asociando dolor de tipo neuropático con disestesias al roce, incremento nocturno y en reposo con inquietud. La distribución en el trayecto radicular, asociando déficit sensitivo y motor en distribución metamérica correspondiente a L4. Su incremento con maniobras de Valsalva y de estiramiento radicular, y no con la movilización articular de cadera y rodilla, lo que sugiriendo un origen radicular compresivo y no un origen inflamatorio articular. Es importante la distinción de dolor mecánico, neuropático e inflamatorio, aunque en la radiculopatía aguda por hernia discal se pueden asociar dolor mecánico lumbar y neuropático en distribución radicular.

-En segundo lugar es motivo de requerir atención especializada en caso de dolor que no remite con tratamiento adecuado, o cuando asocia déficit neurológico progresivo para excluir proceso compresivo que requiera intervención quirúrgica. En éste caso la persistencia ó incremento del dolor a pesar del tratamiento adecuado, así como la aparición de déficit neurológico progresivo con pérdida de fuerza y caídas obliga a la atención urgente.

TRATAMIENTO

El 90 % de las radiculopatías por hernia discal responden satisfactoriamente al tratamiento médico conservador, que se estima conveniente mantener entre 8-12 semanas antes de considerar la opción quirúrgica, excepto cuando cursan con déficit neurológico progresivo o severo, y si hay signos de compresión medular o de cauda equina.

A)- Tratamiento conservador: Más del 50% responden al tratamiento conservador por lo que debe intentarse inicialmente. El 90% se recuperan y vuelven a trabajar en menos de 3 meses. Los que no mejoran en éste periodo de tiempo tienen pronóstico laboral sombrío.

1-Reposo/movilización: La **actividad física** según tolerancia puede ser tan eficaz como el **reposo** absoluto en cama durante 2 semanas.

-**Reposo** en cama dura en la postura antiálgica del paciente, la duración y utilidad del reposo absoluto está actualmente en debate:

-2-3 días al menos, después movilización según tolerancia

-2-3 semanas, recomendación clásica

-**Movilización** precoz según tolerancia.

2-Fármacos: mejoran los síntomas agudos, pero no se ha demostrado de forma concluyente que estos tratamientos sean más eficaces que el placebo a largo plazo.

1-**AINEs+Analgésicos y miorrelajantes**

2-Uso empírico de **Corticoides** (dosis de choque) durante breve periodo de tiempo puede aliviar los síntomas agudos.

3-Antidepresivos en los casos crónicos refractarios

3-Medidas Rehabilitadoras: Las tracciones, ortesis y estimulación eléctrica nerviosa percutánea pueden mejorar transitoriamente el dolor radicular.

-**Ortesis:** Collarín cervical ó Faja Lumbar (no más de 2 meses).

-**Fisioterapia:** Tracciones (cervicales contraindicado si mielopatía cervical). Crioterapia, calor, masaje, onda corta, electroterapia, TENS.

-**Ejercicios de fortalecimiento de musculatura paravertebral:** iniciar tras la mejoría o desaparición del dolor.

4-Medidas generales y hábitos de vida

-Tras la fase aguda la **pérdida de peso** en los pacientes obesos, y la mejora de la **resistencia física**, particularmente la función cardiovascular, son medidas eficaces.

-Así mismo son útiles los programas de **higiene postural y ergoterapia** para la correcta realización de los movimientos repetitivos en el ámbito laboral.

-La **psicoterapia** y control postural (yoga, Tai-Chi, técnicas de relajación) están indicadas en casos de dolor crónico rebelde.

B)- Tratamiento Quirúrgico:

Cuando está bien indicado consigue buenos resultados en el 75% y mejoría en otro 15%. La cirugía consiste en la extirpación del disco, y si existe inestabilidad fijación vertebral.

-Debe realizarse inicialmente si:

- Hernia medial con compresión medular: alteración de cono medular (esfínteres) ó síndrome de cola de caballo (paraparesia)
- Deficit neurológico progresivo.
- Incapacidad de controlar el dolor a pesar de analgesia adecuada

-Debe realizarse después de tratamiento conservador si:

- dolor intratable con medidas conservadoras
- gran número de recurrencias
- pérdida de fuerza muscular que no recupera

Aunque en la mayoría de los casos el tratamiento inicial de la radiculopatía por hernia de disco es conservador, existen pacientes que no mejoran con el tiempo por lo que es de máxima relevancia la **detección precoz de aquellos casos que requerirán descompresión quirúrgica.**

¿cuánto esperar? Pregunta de difícil respuesta pues no sólo depende de criterios clínicos, de neuro-imagen y EMG, sino que es preciso valorar la incapacidad y el sufrimiento del paciente y su situación psicológica y socioeconómica. Existe cierto consenso en que la **cirugía, cuando está indicada, no debe post-ponerse más de 3 meses.**