ACTUALIZACIÓN DE LOS CRITERIOS QUIRÚRGICOS DE LAS LUMBOCIATALGIAS

María Sainz Valios, Roberto Mon Fidalgo, Isabel Sánchez Salmerón, Estefani Zúñiga-Villacrecis Viza, Jose Luis Uquillas Tinoco

INTRODUCCIÓN

La lumbociática o lumbociatalgia se define como el dolor lumbar que se irradia a MMII con distribución de raíz lumbar, ocasionado por la compresión y/o inflamación de las raíces nerviosas. En la mayoría de casos se encuentra producida por hernias discales lumbares (>90%).

Se trata de una patología con una incidencia anual en adultos del 15-30%, siendo la causa principal de discapacidad en menores de 50 años. Ocupa el 5º puesto de búsqueda de atención médica más frecuente y en un 75-90% de los pacientes se resolverá de forma espontánea en cuestión de semanas.

Respecto a la clínica, se caracteriza por dolor lumbar irradiado que, dependiendo de la raíz afectada, afectará a un territorio u otro del miembro inferior (tabla 1).

Raiz	Afectación motora	Exploración motora	Afectación sensitiva	Reflejo afectado
L4	Tibial anterior	No puede andar de talones	Parte anteromedial pierna	Patelar
L5	Extensor propio del dedo gordo, común y corto de los dedos Glúteo medio	No puede extender el dedo gordo ni andar de talones	Parte dorsal pie y lateral de la pierna	No
S1	Tríceps sural Peroneos laterales Glúteo mayor	No puede andar de puntillas	Planta del pie y borde lateral del pie	Aquileo

Tabla 1. Clínica raíces lumbares

Table 2. SIGNOS DE ALARMA

Tumor	- Historia de cáncer - Pérdida de peso inexplicable (>10kg en 6 meses) - >50 años o <17 años - Dolor nocturno o en reposo
Infección	- Fiebre persistente (>38º) - Hª abuso de drogas IV - Infección bacteriana reciente, infección urinaria o pielonefritis - Celulitis, neumonía, estados de inmunodepresión - DM, VIH - Corticoides sistémicos
Fractura vertebral	- Toma de corticoides - Trauma en >50 años - Osteoporosis - Trauma reciente e importante a cualquier edad - Precipitados
Síndrome de cola de caballo	- Retención o incontinencia urinaria - Anestesia en silla de montar - Disminución del tono del esfínter anal o incontinencia fecal - Debilidad o entumecimiento bilateral de extremidades inferiores - Déficit neurológico progresivo
Hernia núcleo pulposo	- Debilidad muscular progresiva - Nueva debilidad motora - Signos radiculares
Aneurisma abdominal agudo	- Masa abdominal pulsátil - Enfermedad vascular aterosclerótica - Dolor en reposo o nocturno - >60 años

En los artículos seleccionados se aprecian una serie de signos y síntomas de alarma, prácticamente constantes, que nos obligarían realizar una cirugía urgente: el **síndrome de cola de caballo** o un **déficit neurológico progresivo**. Además, se encontraron unos síntomas que, si bien no obligan a realizar una cirugía urgente, se consideran criterios quirúrgicos para tratar la lumbociatalgia:

- Lumbociatalgia crónica (>3 meses) + prueba de imagen compatible.
- Dolor radicular incapacitante + no respuesta al tratamiento conservador en 6-8 semanas
- Déficit neurológico significativo

El manejo de una lumbalgia aguda (<3 meses) se aborda de forma conservadora mediante analgesia (AINEs) y rehabilitación.

Las pruebas de imagen no suelen estar indicadas a no ser que encontremos algún signo de alarma (tabla 2).

OBJETIVO: realizar una revisión bibliográfica del manejo y los criterios quirúrgicos actualizados en las lumbociatalgias.

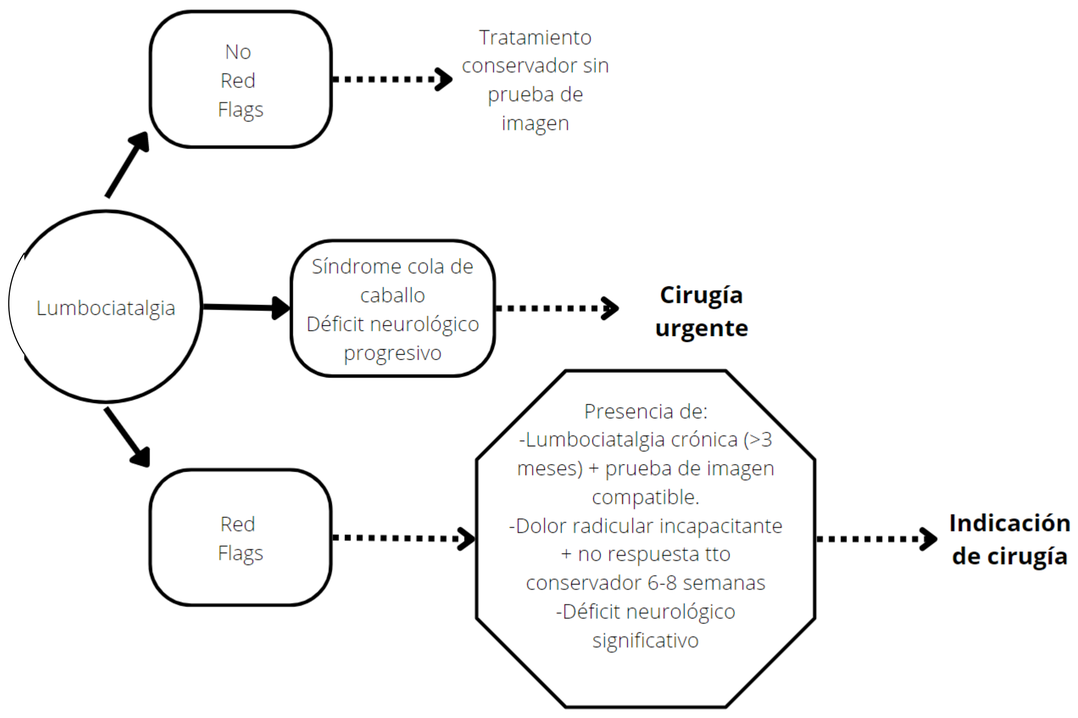
MATERIAL Y MÉTODOS

PALABRAS CLAVE: se seleccionaron una serie de palabras clave relacionadas con la patología.

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA: se utilizaron las bases de datos de PubMed, Web of Science y SCOPUS y conectores para relacionar entre sí las palabras clave.

CRITERIOS DE SELECCIÓN: cronológicos, por factor de impacto y relevancia global de la publicación.

RESULTADOS



CONCLUSIONES

La mayor parte de lumbociatalgias son cuadros autolimitados que pueden manejarse de forma conservadora. Sin signos de alarma evidentes el abordaje inicial será analgesia y rehabilitación sin prueba de imagen.

La cirugía debe plantearse ante clínica neurológica progresiva o dolores incapacitantes que no puedan ser controlados conservadoramente.

59 CONGRESO SECOT
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA