

CIÁTICA

Se denomina "ciática", o mejor lumbociática, a aquel cuadro de dolor que, iniciado en la región de la columna lumbar, es decir en la región más inferior de la espalda, situada inmediatamente por encima de las nalgas, se propaga por el muslo y la pierna, hasta el pie, siguiendo el trayecto del nervio ciático y sus ramificaciones. Se produce, generalmente, por compresión e irritación de alguna de las raíces del nervio ciático cuando estas salen de la columna vertebral.

La lumbociática es un proceso relativamente frecuente en las consultas médicas. Es raro que aparezca antes de los 30 años, y alcanza su máxima incidencia en la década de los 40. A diferencia de lo que ocurre con la lumbalgia pura, no se ha encontrado en la lumbociática una relación tan clara del proceso con la realización de trabajos pesados, que requieran grandes esfuerzos físicos.

Aunque la existencia de la lumbociática es conocida desde las civilizaciones más antiguas de la humanidad, no fue hasta el año 1934 en que se comenzó a conocer cuáles eran los mecanismos por los que se podía producir el dolor ciático.

ORIGEN Y CAUSAS

La columna vertebral es un tallo óseo que constituye el eje del tronco y sostiene el cráneo. La columna vertebral está formada por 33 elementos o vértebras, unidas entre sí por ligamentos y discos intervertebrales. Se pueden distinguir en ella varias regiones que, yendo desde arriba hacia abajo se denominan columna cervical, columna dorsal, columna lumbar, sacro y cóccix.

Las vértebras forman un canal óseo en el interior del cual se encuentra la médula espinal. De esta última nacen los nervios periféricos. La columna lumbar está formada por 5 vértebras, las cuales, a su vez, descansan sobre el sacro.

Desde el punto de vista de la lumbociática, que es el que ahora nos interesa, podemos considerar que la columna vertebral está formada, básicamente, por una serie de vértebras separadas entre sí por unos elementos que permiten la movilidad entre las mismas, llamados discos intervertebrales. Cada disco intervertebral se compone, a su vez, de una zona central llamada núcleo pulposo, rodeada y abrazada, por fuera, por las fibras del anillo fibroso. Si estas últimas se debilitan y se deshilachan, el núcleo pulposo se mueve, emigra y se desplaza ("se hernia") hacia atrás y hacia afuera empujando a las raíces nerviosas del nervio ciático, a los que puede comprimir y producir el dolor ciático. La hernia del disco intervertebral es la causa más frecuente de ciática, aunque no la única. Mucho más raro es que un paciente tenga una lumbociática debido a malformaciones congénitas, fracturas de las vértebras, algunos procesos tumorales e infecciosos, o por determinados casos de artrosis vertebral, etc.

Las hernias de disco se localizan, lógicamente, en los discos intervertebrales de la columna que soportan mayor peso y están más comprimidos, es decir, en el que existe entre las 2 últimas vértebras lumbares y en el que se sitúa entre la 5ª vértebra lumbar y el sacro.

SINTOMAS

La ciática clásica producida por una hernia de disco suele comenzar bruscamente. Sus síntomas reflejan la irritación y la tensión de una raíz del nervio ciático. El dolor se inicia en la región lumbar o en las nalgas, y se irradia por el muslo y la pierna hasta el pie. Dependiendo de la raíz nerviosa afectada y comprimida así será la localización topográfica de la sensación dolorosa en el muslo, la pierna y el pie. Es característico del dolor ciático su empeoramiento con la tos, el estornudo o la defecación. Se acompaña, a menudo, de sensación de hormigueo (parestias) o de disminución de la sensibilidad en la piel de la zona por donde se irradia. Más rara vez aparecen trastornos motores (atrofias musculares, pérdida o desaparición de la fuerza y el movimiento en algún grupo muscular). El dolor ciático suele mejorar con el reposo en cama.

Ante la sospecha clínica basada en los datos anteriores su médico le realizará una exploración física orientada a: estudiar el grado de afectación de la columna lumbar, comprobar la irritación de una raíz nerviosa del nervio ciático y detectar la existencia de cualquier posible deterioro neurológico (pérdida de la fuerza o sensibilidad).

DIAGNOSTICO

Debe quedar bien claro que, a través de los datos recogidos de los síntomas que el paciente refiere y de los hallazgos exploratorios del médico, se puede llegar, con un grado elevado de certeza, a establecer el diagnóstico del nivel en que se está produciendo la compresión de la raíz nerviosa por el disco intervertebral herniado. Es por ello muy importante que el paciente responda con interés, esforzándose en contestar y en recordar correctamente los datos requeridos por el médico en la confección del historial clínico, fundamentalmente en lo que se refiere a las características del dolor, la localización del mismo cuando se propaga por el muslo y la pierna y su distribución en los dedos del pie. Asimismo, prestará su colaboración interesada en la práctica activa de determinadas maniobras exploratorias, tales como andar de puntillas y talones, extender o flexionar los dedos del pie, etc.

En determinadas situaciones complejas puede suceder que ni los síntomas referidos por el paciente ni los datos obtenidos de su exploración física sean suficientes para confirmar la sospecha de hernia discal o para establecer el nivel de la misma. En estas ocasiones puede resultar útil realizar un electromiograma, prueba que confirmará o descartará la existencia de afectación de una raíz nerviosa, permitiendo además fijar el nivel vertebral donde asienta, según la raíz espinal que aparezca comprimida.

Como pruebas complementarias para el diagnóstico se pueden considerar, en algunas situaciones, determinados estudios radiológicos (radiografías, scanner, mielografía, resonancia nuclear magnética, etc). Es un error muy común de algunos pacientes creer que estas pruebas complementarias son la base del diagnóstico médico e incluso de su curación. Esta confusión resulta a todas luces

perjudicial para un correcto enfoque práctico de la problemática de la ciática, pudiéndose derivar del uso indebido de estas técnicas, sin tener en cuenta una adecuada correlación con los síntomas del paciente y con los hallazgos del examen físico practicado por el médico, diagnósticos alejados de la realidad e intervenciones terapéuticas innecesarias.

TRATAMIENTO.

La mayoría de los pacientes con lumbociática por hernia discal mejoran con tratamiento médico. Este debe incluir medidas físicas (reposo en cama, calor local) y la aplicación de determinados medicamentos para combatir el dolor, la inflamación y la contractura muscular de la región espinal afectada (analgésicos, antiinflamatorios y re-

lajantes musculares). Una vez que el dolor desaparece, el paciente deberá seguir un programa de ejercicios y cumplir los consejos higiénicos y posturales que se le indiquen para la prevención de nuevos episodios.

Otras alternativas terapéuticas incluyen actitudes más intervencionistas (quimionucleolisis, nucleotomía lumbar percutánea, cirugía, etc). La aplicación de estas técnicas requiere una selección minuciosa y cuidadosa del paciente y de la indicación y técnica terapéutica, teniendo en cuenta factores tales como la recurrencia de los episodios de ciática, la ausencia de respuesta al tratamiento médico correctamente realizado por el paciente (lo cual desgraciadamente no siempre sucede) o la aparición de un defecto neurológico progresivo a pesar del reposo en cama estricto.