



Calificado como “el estudio definitivo en este campo” por *Spine*,
la principal revista científica internacional

Los resultados de un estudio español disipan definitivamente las dudas sobre cuáles son los pacientes con estenosis espinal a los que merece la pena operar

- La estenosis espinal es la causa más frecuente de cirugía de espalda entre los mayores de 65 años
- El estudio define cuáles debe ser la secuencia de tratamiento de los pacientes con estenosis espinal sintomática.
- Identifica a los pacientes en los que la cirugía ha demostrado ser la mejor opción, y aquellos en los que no hay ningún fundamento para plantearla
- Entre las distintas técnicas quirúrgicas disponibles, las más sencillas (y baratas) son más seguras y obtienen mejores resultados que las más complejas

Madrid, 2 de noviembre de 2011. La estenosis espinal es el estrechamiento del canal óseo por el que discurre la médula y frecuentemente no causa ningún problema. Sin embargo, en algunos casos es progresivo y llega a comprimir las raíces nerviosas, lo que provoca un dolor intenso en la pierna. Es el motivo más frecuente de cirugía de espalda entre los mayores de 65 años.

En estos pacientes se utilizan diversos tratamientos, conservadores (farmacológicos y rehabilitadores) y quirúrgicos. Pero hasta ahora no se disponía de una investigación rigurosa sobre la eficacia comparativa de la cirugía y el tratamiento no quirúrgico para la estenosis espinal, que permitiera definir los criterios de indicación para cada tipo de tratamiento.

Un estudio español ha “*resuelto definitivamente*” las dudas en este campo. Así lo especifica la principal revista científica internacional sobre columna vertebral, *Spine*, en su editorial. “*Debemos felicitar a los autores, ya que se trata del estudio definitivo en este campo de investigación*” subraya la publicación.

La revisión sistemática, impulsada por la Fundación Kovacs y cofinanciada por la propia Fundación con el Fondo de Investigaciones Sanitarias, usó los métodos más rigurosos para identificar todos los estudios realizados hasta la fecha sobre esta cuestión, analizar pormenorizadamente sus características y la calidad científica de cada uno de ellos, y compendiar sus resultados en unas recomendaciones claras.

Sus conclusiones demuestran que no hay fundamento para plantear la cirugía en pacientes que no padecen dolor intenso irradiado a la pierna (aunque padezcan dolor lumbar y una resonancia magnética o TAC muestre una estenosis espinal), ni en

aquellos en los que el dolor irradiado dura menos de 6 meses o mejora con tratamiento conservador.

“Por el contrario”, indica el Dr. Francisco Kovacs, Director de la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda y primer autor del estudio, “si el dolor irradiado limita la calidad de vida del paciente y dura más de 6 meses pese al tratamiento conservador, es más efectivo operarlo que prolongar ese tratamiento”. “La superioridad de la cirugía se manifiesta rápidamente y se mantiene, como mínimo, a lo largo de 4 años, y probablemente 10” apostilla.

“No obstante”, apunta el Dr. Gerard Urrútia, del Servicio de Epidemiología del Hospital de Sant Pau y el Centro Cochrane Iberoamericano, coautor del estudio, “retrasar la cirugía no empeora el pronóstico ni expone al paciente a riesgos graves; por lo tanto, no hay urgencia y es el propio paciente quien tiene que decidir si las limitaciones que causa el dolor justifican los riesgos inherentes a toda cirugía”.

Indicaciones y riesgos de cada tipo de tratamiento

Este estudio permite estructurar el conjunto del tratamiento basándose en las indicaciones y riesgos de cada tipo de procedimiento. Así, en los pacientes en los que una Resonancia Magnética o TAC demuestra una estenosis espinal:

- Si no existe dolor irradiado a la pierna (aunque haya dolor lumbar), la estenosis espinal debe ser considerada sólo como un hallazgo casual e irrelevante, que ni es causa de problemas ni requiere tratamiento en sí misma.
- En los pacientes en los que la estenosis espinal causa dolor irradiado a la pierna, debe aplicarse tratamiento conservador durante los primeros 6 meses.
- Si pese a ese tratamiento el dolor persiste tras ese período y es suficientemente intenso o limitante, es más efectivo operar al paciente que mantener el tratamiento conservador durante más tiempo.
- Si el paciente tiene más de 50 años, el dolor de la pierna sólo aparece al andar y desaparece al sentarse (“claudicación neurógena”), y no existe “espondilolistesis de grado superior al I” (es decir, las vértebras están relativamente bien alineadas), tiene sentido plantearse la colocación de un “dispositivo interespinoso” entre las vértebras. Es una técnica mínimamente invasiva que conlleva menor pérdida de sangre que la cirugía clásica y acorta la estancia hospitalaria.
- Si el paciente no cumple esos criterios, o el dispositivo ha fracasado, debe valorarse la cirugía clásica. La cirugía consiste en extraer la porción de hueso suficiente para descomprimir la raíz nerviosa (“cirugía descompresiva”). Sólo en casos muy concretos (esencialmente, cuando la estenosis se debe a una “espondilolistesis” progresiva) está justificado, además, fusionar las vértebras (“artrodesis”); en esos casos las técnicas de artrodesis más sencillas (sin aparataje, o con el menor posible), son más seguras y obtienen mejores resultados que las que conllevan la implantación de más dispositivos.

Sería aconsejable aplicar inmediatamente estos criterios en el Sistema Nacional de Salud, pues actualmente se tiende a operar a pacientes en los que no es necesario hacerlo, y a realizar técnicas innecesariamente complejas, sobre todo para fijar las vértebras, que exponen a los pacientes a más riesgos, generan costes desorbitados y obtienen peores resultados.

En su respuesta al comentario editorial de la revista, los autores señalan que el estudio permite identificar a los pacientes en los que la cirugía está indicada, y apuntan que *“teniendo en cuenta las tasas elevadas y crecientes de cirugía innecesariamente agresiva y cara en la mayoría de los países occidentales”*, es importante destacar que también *“ayuda a identificar a los pacientes para los que no hay evidencia de que la cirugía sea útil”*.

“En nuestras instituciones –concluyen - los resultados de esta revisión han disipado las dudas sobre los criterios para recomendar la cirugía a los pacientes con estenosis espinal sintomática, y nos han ayudado a proporcionarles más y mejor información sobre alternativas de tratamiento y los resultados esperables, con el fin de ayudarles a decidir fundadamente con respecto a su propio tratamiento”.

Próximos pasos

Desde el punto de vista investigador, los autores de esta revisión sistemática indican que los próximos pasos deberían ser, en primer lugar, evaluar la eficacia de cada tipo de tratamiento conservador que se emplea en estos pacientes, tanto para aplicarlos clínicamente (y descartar los inútiles), como para que en futuros estudios la cirugía pueda compararse a tratamientos comprobadamente efectivos (y no, como hasta ahora, a una “miscelánea” de tratamientos conservadores que incluye algunos de eficacia desconocida o dudosa).

Asimismo, señalan la necesidad de realizar estudios que comparen en los pacientes en los que está indicada la colocación de un dispositivo interespinoso sus resultados, riesgos y costes en comparación a la cirugía convencional, con el fin de determinar qué técnica es aconsejable en esos casos, dado que hasta ahora sólo se han comparado por separado ambos procedimientos frente al tratamiento conservador.

Para más información:

María Gallardo

Berbés Asociados

Tel: 91 563 23 00

E-mail: mariagallardo@berbes.com