

## [Los afectados por estenosis espinal que no padezcan dolor irradiado a la pierna no deben pasar por el quirófano](#)

JANO.es · 02 Noviembre 2011 09:20

 [Comentarios - 0](#)

Un informe promovido por la Fundación Kovacs define el tratamiento idóneo en pacientes con estenosis espinal sintomática.

La estenosis espinal, esto es, el estrechamiento del canal óseo por el que discurre la médula, puede llegar a ocasional dolor intenso en las piernas si se da la circunstancia de que las raíces nerviosas se comprimen. Se trata del motivo más frecuente de cirugía de espalda entre los mayores de 65 años.

Hasta hoy, no se había realizado una investigación rigurosa respecto a qué tratamiento resultaba más eficaz, si el tratamiento con cirugía o el tratamiento no quirúrgico. Ahora, un estudio publicado en la revista internacional de referencia sobre columna vertebral, *Spine*, ha resuelto el enigma.

La revisión, impulsada por la Fundación Kovacs y cofinanciada por el Fondo de Investigaciones Sanitarias, analizó pormenorizadamente las características y calidad científica de cada uno de los estudios realizados hasta la fecha sobre estenosis espinal.

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, en algunos casos, hasta 10”, apostilla.

“No obstante”, apunta el Dr. Gerard Urrútia, del Servicio de Epidemiología del Hospital de Sant Pau y 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**

El estudio, que estructura el tratamiento a partir de las indicaciones y riesgos de cada tipo de procedimiento, contiene las siguientes recomendaciones:

- 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, 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, que 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 tales ocasiones, 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.

[Spine \(2011\); doi: 10.1097/BRS.0b013e31820c97b1](https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31820c97b1)