

# ABC *de la* SALUD

12 de abril de 2014 / N°63 / [abc.es/salud](http://abc.es/salud)

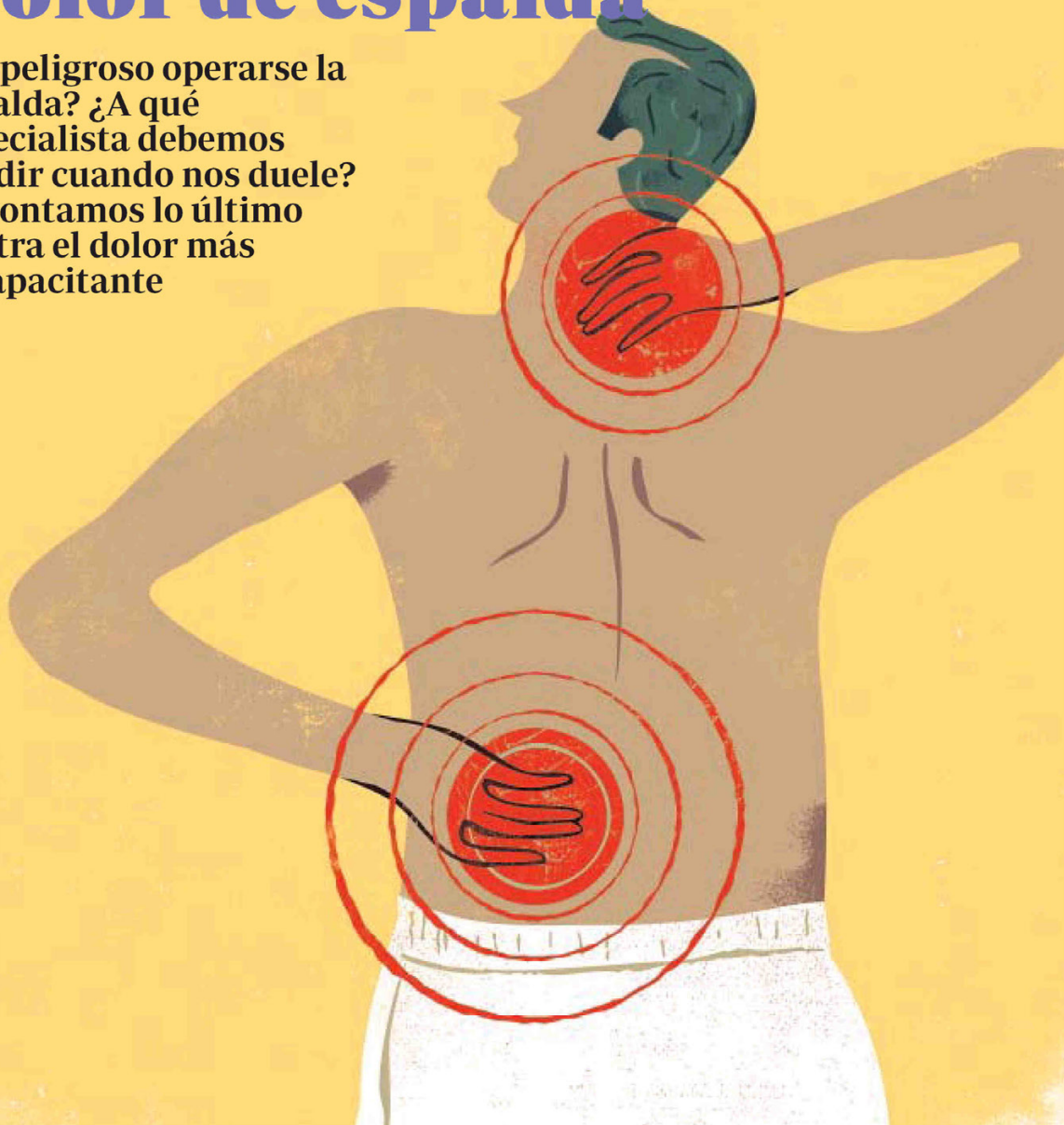
**PARKINSON**  
Avances en investigación  
y retos futuros



**PREVENCIÓN**  
Todos los chequeos necesarios  
para vigilar nuestra salud

## Dolor de espalda

**¿Es peligroso operarse la  
espalda? ¿A qué  
especialista debemos  
acudir cuando nos duele?  
Le contamos lo último  
contra el dolor más  
incapacitante**



En portada

## LUMBALGIAS

## Nuestro talón de Aquiles está

El dolor lumbar es la enfermedad más discapacitante, la que provoca mayor número de bajas laborales. Es, además, uno de los problemas más frecuentes y el que más despista a los pacientes. ¿A quién debemos acudir? ¿Al reumatólogo, al traumatólogo, al neurocirujano? He aquí unas cuantas pistas para no perderse

ANTONIO VILLARREAL

El diseño de nuestra columna vertebral es uno de los más fascinantes misterios de la biología. La estructura de estas 33 vértebras, junto a los discos de fibra y cartilago que las unen y los ligamentos que los sujetan, permiten una resistencia y flexibilidad excepcionales. Pero del mismo modo, representa nuestro talón de Aquiles, nuestro punto más frágil. Un reciente estudio de *Annals of the Rheumatic Diseases* (una publicación especializada del *British Medical Journal*), señala que la lumbalgia, inflamación de la zona que rodea a las vértebras lumbares, es la enfermedad más discapacitante de todas, es decir, la que provoca más bajas laborales y más duraderas.

Otra de las razones para el alto índice incapacitador de la lumbalgia es que «es frecuentísima, hasta el 80% de la población lo padece en algún momento de su vida», dice a ABC Salud Jesús Tornero, de la Sociedad Española de Reumatología. Esta sociedad científica hizo un estudio hace unos años donde se comprobó, al analizar la población española mayor de 20 años, que el 60% de los entrevistados habían tenido dolor lumbar».

## Cómo elegir especialista

Dependiendo de su gravedad, una patología de columna puede resolverse con antiinflamatorios y algo de reposo o, en su peor versión, requerir una cirugía compleja. Ese es otro de los grandes problemas de la columna. Al ser un elemento tan central, quienes padecen un problema en ella se ven a veces rebotados de la consulta del reumatólogo al traumatólogo o al neurocirujano. Como explica Tornero, «los reumatólogos vemos todos aquellos dolores de la columna lumbar cuya solución es un tratamiento médico, es decir, no quirúrgico». El problema es que no siempre está claro el tratamiento a aplicar.

Si usted sufre de un dolor crónico o incapacitante en la espalda, lo más probable es que su médico de atención primaria le remita en primer lugar a un especialista como Tornero. «Podemos hacer una división grande por la edad del paciente que llega», explica el reumatólogo. «Si el paciente tiene menos de 30 años, normalmente su lumbalgia será por sobrecarga, es decir, por un esfuerzo sostenido en la columna vertebral, porque trabajan en posiciones forzadas, por ejemplo las amas de casa; muchas veces vemos que existe esa sobrecarga sin lesión, pero por el esfuerzo continuado acaba derivando en lesión».

El otro gran grupo son los que ya vienen con una lesión, «generalmente son pacientes mayores de 30 años, y la lesión más frecuente se da en el disco intervertebral, por degeneración del mismo», dice Tornero. «Este disco es una almohadilla que facilita la amortiguación en el roce de las dos vér-





# en la espalda

## Cómo diagnosticar bien el dolor de espalda

Los médicos de atención primaria suelen derivar a traumatólogos o reumatólogos a los pacientes con un dolor de espalda persistente. En ocasiones, muchos de los problemas de estos pacientes se basan en que sus dolores, tras diversos tratamientos, no remiten. Un buen diagnóstico es, por tanto, clave en que la patología sea adecuadamente tratada.

Para el doctor Tornero, «las pruebas fundamentales, las más importantes son una buena historia clínica y una buena exploración física. Eso, a pesar de que estemos en el siglo XXI y el hombre haya llegado a la Luna y enviado robots a Marte, sigue siendo la base del tratamiento médico», dice el reumatólogo, «y en el caso de la lumbalgia es por donde hay que empezar, historia clínica y exploración física. Después viene todo lo demás».

Este médico advierte también contra el uso abusivo de algunas pruebas diagnósticas. «No hay que

hacer siempre una resonancia magnética, ni muchísimo menos», apunta Tornero, «una persona con lumbalgia no está mejor atendida porque se le haga una resonancia o un escáner, porque en ocasiones uno encuentra ahí hallazgos anormales, pero que a lo mejor no coinciden plenamente con los síntomas del enfermo, es decir, uno puede encontrarse con una protusión discal que no sea la responsable de esos síntomas», lo que acaba dificultando que el tratamiento recomendado logre su objetivo de eliminar el dolor de espalda al paciente.

En esta línea, un estudio realizado por investigadores de varios centros españoles y publicado en 2012 en el *European Journal of Radiology* detectó que hasta un 12 % de las resonancias magnéticas lumbares que se realizaban eran «innecesarias», un porcentaje que aumentaba hasta casi un 28 % en los casos en que el paciente no manifestaba dolor irradiado a la pierna.

tebras, tanto cuando estamos de pie como cuando nos movemos». Al degenerarse, ese disco causa dolor, «ya que se altera mucho la biomecánica de la columna», dice Tornero, para quien esa enfermedad, llamada espondilosis o sencillamente, artrosis, es una de las más frecuentes en las consultas reumatológicas.

## Unidades de espalda

Si su problema de espalda no se resuelve aquí, probablemente necesite pasar por quirófano, pero ¿el de un traumatólogo o el de un neurocirujano? Para solucionar este problema, muchos hospitales cuentan ya con una Unidad de Espalda donde cuentan con ambos tipos de cirujano.

«Contamos con un hándicap muy importante», dice Manuel de la Torre, el neurocirujano de la clínica Quirón San Camilo que operó de su hernia al Rey el año pasado. Para De la Torre, en el pasado muchas operaciones de espalda fallaban porque «no se tenían los medios adecuados para disminuir los riesgos o la morbilidad», e incluso todavía, en muchos casos «no se hacen los seguimientos adecuados y no se tienen las unidades anexas adecuadas para tratar el correlato sintomático. Así, una patología menor que puede tener un resultado excelente se convierte en un desastre».

Esto ha llevado a muchos pacientes a probar fórmulas alternativas, como la quiropraxis o las infiltraciones de bótox, que no resolvían su problema o incluso lo empeoraban, aunque fuese por mera inacción. En un informe de 2012, el doctor Francisco Kovacs apuntaba que «los dolientes crónicos usan intensamente el sistema sanitario, visitan a muchos médicos y con frecuencia reciben de ellos recomendaciones contradictorias e inconsistentes, lo que aumenta su confusión y desconfianza. Por otro lado, si los tratamientos recibidos fracasan, los pacientes piensan que están condenados a sufrir dolor durante el resto de su vida».

La opinión de De la Torre coincide en que ese cliché persiste. «Se piensa en 'qué horror, me duele la espalda y es para siempre', pero en una inmensa mayoría de casos, un 98 por ciento, si se trata adecuadamente y se le da al paciente el tratamiento y medios que necesita, el resultado es bueno, aunque, evidentemente, la regresión a la infancia es

## Mitos y tratamientos que no funcionan

Un estudio de 2012 elaborado por el traumatólogo Francisco Kovacs, director de la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda (REIDE) y publicado en *BioMed Central Musculoskeletal Disorders* cifraba que un 60% de los recursos que el Sistema Nacional de Salud (SNS) destinó a tratamientos rehabilitadores para pacientes con dolencias cervicales, lumbares y de hombro se invirtieron en procedimientos que, para los autores del estudio, carecían de fundamento científico o eran «manifiestamente inútiles».

«Este es un cálculo muy conservador», apunta Kovacs, «pues se realizó asumiendo siempre la hipótesis más

favorable para la eficiencia de los recursos sanitarios. Además, sólo se calcularon los costes de los pacientes tratados en clínicas privadas concertadas», en las que algunos costes, como los de personal, suelen ser inferiores a los que tiene la sanidad pública.

Además de estos tratamientos, muchos pacientes suelen optar por medidas de eficacia dudosa que, en ocasiones, pueden llegar incluso a agravar la patología. Entre las más citadas están otras terapias físicas (como la quiropraxis, las tracciones lumbares o la acupuntura) o técnicas de estimulación como la termoterapia o los ultrasonidos.

## En portada



imposible. Un paciente de 80 años no va a salir dando saltos, pero sí caminando y haciendo cosas acordes a su edad».

## Precisión tecnológica

Este salto cualitativo en los resultados de la cirugía de columna en España se ha logrado gracias al uso que, un puñado de especialistas de referencia internacional, ha hecho de las últimas tecnologías.

Uno de ellos es Avelino Parajón, cirujano en la clínica La Milagrosa, habitual en las reuniones de la American Society of Neurosurgery y profesor en la universidad de Cornell. Parajón es toda una autoridad en cirugía de columna mínimamente invasiva, una especialidad en la que no se opera «abriendo», sino ayudándose de la tecnología para ir a la raíz del problema sin seccionar apenas la piel, con lo cual, además de minimizar riesgos, «la recuperación es mucho más y el postoperatorio es mucho menor», dice el cirujano a ABC Salud.

«En La Milagrosa estamos operando unos 20 pacientes al mes, y la verdad es que cada vez vienen más, aunque como son cirugías delicadas y demás, intento no programar más de dos o como mucho tres en cada sesión quirúrgica, porque entiendo que la concentración del equipo no es la misma y cada paciente necesita su tiempo», dice Parajón, que reconoce que desde que él y su equipo trabajan en la clínica «las enfermeras se sor-

prenden mucho, porque estaban acostumbradas a que antes del postoperatorio de los pacientes durara varios días, necesitaran medicamentos... cuando ahora a los dos o tres días se van a casa».

La cirugía de columna mínimamente invasiva ayuda además a solucionar un problema recurrente en la convencional, donde «pacientes que aparentemente estaban recuperados, es decir, que les hacías resonancias y radiografías y aparentemente estaba todo bien, resultaban tener un daño muscular muy grande», como consecuencia de la operación, «y eso hoy en día se evita», señala Parajón. «El único problema de esta cirugía es que necesita una gran curva de aprendizaje, porque es muy compleja y también necesita mucho aparataje».

En realidad, la cirugía mínimamente invasiva se ha desarrollado a expensas del desarrollo tecnológico, empezando incluso por los tornillos que son absolutamente específicos. «Y luego están los navegadores, que nos muestran en una pantalla, dentro del paciente, por dónde estamos trabajando y eso, cuando trabajamos de una manera percutánea, es decir, por debajo de la piel, sin abrir y sin tener referencias anatómicas directas, son muy útiles», dice Parajón. Otro referente en el uso de tecnología es el equipo de Manuel De la Torre, que cuenta con uno de los neuronavegadores más avanzados del mundo, el O-arm, de forma circular y por cuyo agujero cruza la mesa de operaciones.

El exceso de peso puede causar lumbalgia. El tejido adiposo del abdomen presiona la columna

En este ámbito «la diferencia de un milímetro puede significar tocar una raíz y dejar a alguien dolorido», dice Parajón, «la precisión tiene que ser exquisita»

## Cómo prevenirlo

Pero antes de acabar en el quirófano, lo mejor es cuidar esta delicada estructura. La mayor parte de las veces, la lumbalgia y otros problemas relacionados con la columna tienen un origen ambiental. Para prevenir la aparición de este tipo de patologías, el doctor Tornero, de la Sociedad Española de Reumatología recomienda «una buena higiene de la columna vertebral, es decir, saber cómo actuar en el trabajo en el que hay que cargar peso, en la actividad física, en las tareas domésticas o del hogar».

Además, es necesario «tener una buena calidad de los músculos que rodean la columna vertebral, evitar la artrosis en las extremidades», una afección especialmente frecuente en mujeres, «y el acortamiento de los músculos dorsales, por eso hay que hacer ejercicios de flexión abdominal y de estiramiento», recomienda Tornero, en lo que se conoce como refuerzo de la faja lumbar.

Además, este reumatólogo destaca la importancia de evitar la obesidad. «Muchas personas con obesidad tienen lumbalgia porque el propio folículo adiposo del abdomen presiona la columna», explica. Basta adelgazar para mejorar.

## «Los operados de hernia discal al día siguiente ya están dando paseos»

De la Torre dirige uno de los centros europeos de referencia en patologías de columna. Además del Rey, miles de personas han resuelto su dolencia con tecnologías pioneras

A. VILLARREAL  
MADRID

Un día cualquiera de consulta del doctor Manuel de la Torre la sala de espera está abarrotada y la cola de pacientes que aguardan a lo largo del pasillo da incluso la vuelta a la esquina. Para este neurocirujano, las consultas comienzan a primera hora de la mañana y a menudo se extienden más allá de las diez de la noche. Pocos están aquí porque sea el hombre que operó en marzo del año pasado al Rey. Más probablemente, han venido porque operó con éxito de una hernia discal complicada a un familiar o a un amigo.

En sus dos primeros meses en la clínica Quirón San Camilo de Madrid, a la que se incorporó a principios de este año, de la Torre había operado a 350 personas. «Es el mismo ritmo que hemos llevado siempre», dice el doctor a ABC Salud. «El secreto consiste en que recibimos

pacientes con patologías complejas que han sido desechados o que en otros centros no han querido o podido intervenirlos, y nosotros con nuestra experiencia y los medios que contamos, si tienen criterios de cirugía, los terminamos interviniendo y al día siguiente están dando paseos. Eso genera expectativas y es una especie de espiral. La mejor publicidad es un paciente que ha sido tratado adecuadamente», confirma el cirujano.

«Nos gustaría ver pacientes jóvenes y con patologías incipientes», confiesa De la Torre, «pero la inmensa mayoría de los que llegan son pacientes con patologías muy degenerativas, intervenidos una o varias veces en otros centros y con edad avanzada. ¿cuál es la más frecuente? la patología degenerativa de columna, tanto cervical como lumbar, y en muchas ocasiones intervenidos una o varias veces».



El Rey, con el doctor De la Torre tras su cirugía

No por casualidad, este perfil tipo se ajusta bien al del paciente más célebre que ha tenido últimamente: Don Juan Carlos. Contra su exitoso registro de operaciones diarias, aquel día de marzo de 2013, Manuel de la Torre no pudo programar ninguna otra operación. Aunque desde un aspecto técnico no se diferenciaba de cualquier otra cirugía.

Con el Rey, como con los demás pacientes, De la Torre y su equipo emplearon el O-arm, un neuronavegador de los que sólo hay unos pocos en Europa. Esta apuesta por la tecnología, dice, es muy costosa, casi hasta lo ineficiente, y le llevó tiempo superar ese escalón de aprendizaje. No solo para reducir riesgos, sino también para diferenciarse. «La formación de los neurocirujanos aquí es tan buena como en cualquier país del mundo, incluido Estados Unidos», aclara el médico, «otra cosa son los medios. La tecnología avanza exponencialmente y llega un momento en que si queremos ofrecer un porcentaje de éxitos excelente y minimizar los riesgos quirúrgicos y las complicaciones, en definitiva, transformar lo complejo en convencional, eso conlleva algo más, que es aprender a usar los medios que hoy nos ofrece la técnica».





## *Un sufrimiento crónico que cuenta con la incompreensión social*

Uno de los aspectos más desconocidos del dolor de espalda son sus consecuencias psicológicas, muy especialmente cuando el dolor es crónico. Un estudio realizado por la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda y publicado hace unas semanas en la revista *Disability and Rehabilitation* se ha ocupado en verter luz, por primera vez, sobre esta situación.

El estudio evaluaba las sensaciones de 32 pacientes con dolor de espalda crónico en Baleares, tratados tanto en el sistema público como en el privado. Pese a que la muestra no es extremadamente numerosa, Alejandra Cano, investigadora en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid y primera autora del estudio, cree que servirá para «conocer de primera mano las vivencias de los pacientes con dolencias de la espalda en el sistema sanitario, público y privado, aporta información necesaria para mejorar la calidad

de su atención y adaptarla a sus necesidades y preferencias».

Los resultados de este trabajo señalan que los pacientes con dolor de espalda habitual o crónico se sienten incomprendidos, ya que «detectan que las personas de su entorno no son conscientes de su sufrimiento y sus limitaciones», lo que en ocasiones conduce a un golpe a su autoestima que puede llegar a derivar en depresión.

El estudio no es baladí, y muestra una realidad común para muchos pacientes que se ven remitidos de un especialista a otro, de traumatólogos a reumatólogos y viceversa, sin que ninguno llegue a encontrar la raíz de su doloroso problema. Sin embargo, el trabajo de Cano, Kovacs y otros señala que «en contra de la creencia de algunos médicos sobre el negativismo acérrimo de las personas con lumbalgia crónica, cuando estos realmente mejoran no tienen ningún problema en reconocerlo y reasumir una vida normal».