

## NUEVAS CONCEPCIONES SOBRE LAS CAUSAS Y LOS TRATAMIENTOS DE LAS NEURALGIAS CIATICAS

Por el Dr. A. KAPLAN

Mientras muchas neuralgias ciáticas tienen una evolución aguda o subaguda y se curan en pocas semanas mediante tratamientos sencillos, cierto número de casos rebeldes, recidivos, tienen una evolución crónica desesperante, contra la cual las terapéuticas más variadas y más modernas —radioterapia, ondas cortas, ortopedia— fracasan. Las causas de esas ciáticas eran mal conocidas hasta ahora. Se invocaba, sin argumentos sólidos, factores generales hereditarios, reumatismos, endocrinos. Después del Profesor Sicard, muchos autores pensaban, hace ya mucho tiempo, que la enfermedad era debida a la irritación de las raíces del nervio ciático al nivel de su paso a través del orificio de salida del canal raquídeo, pero se ignoraba la naturaleza exacta de las lesiones nerviosas.

Los trabajos modernos han venido a confirmar la realidad de esta localización anatómica y han demostrado la frecuencia de una lesión vertebral muy particular: la hernia de un disco intervertebral. Este descubrimiento ha tenido resultados prácticos importantes, puesto que la ablación quirúrgica de la hernia permite una curación inmediata de los dolores y una rápida recuperación funcional.

La escuela francesa ha proporcionado una contribución importante a este estudio. Los neurólogos, Profesores Alajouanin y de Sèze y los neuro-cirujanos Petit-Dutaillis, Guillaume y Sicard, han precisado la frecuencia de la enfermedad, los signos que permiten sospechar la existencia de esta lesión y han perfeccionado las técnicas que la ponen en evidencia. Han mejorado las indicaciones y las técnicas operatorias para realizar una intervención que excluye la mutilación

ósea, lo que ha simplificado considerablemente las consecuencias operatorias y reducido la duración de la incapacidad.

Nuestro propósito es demostrar el mecanismo de la lesión del disco, los signos que permiten hacer el diagnóstico y establecer la indicación operatoria, la naturaleza de la intervención y los resultados que pueden esperarse de ella.

La elasticidad de los movimientos de la columna vertebral se realiza mediante la articulación de los cuerpos vertebrados entre sí. Esta se hace por intermedio de los discos intervertebrales. Están formados por dos partes esenciales: un anillo fibroso periférico que se intercala entre dos vértebras, un núcleo gelatinoso central, el "nucleus pulposus", incomprensible, pivote en torno al cual giran las vértebras y cuya enucleación a través del anillo fibroso constituye la hernia. Inmediatamente detrás de los cuerpos óseos, los arcos vertebrales forman un canal óseo discontinuo en el cual se hallan: la medula, rodeada de sus envolturas meníngeas y las raíces nerviosas, nacidas de esta medula, que atraviesan las meninges, salen del canal raquídeo a través de los orificios osteo-fibrosos y forman los nervios raquídeos. El nervio ciático resulta de la fusión de esas dos raíces: la última lumbar y la primera sacra. Estas raíces, en su origen, están directamente aplicadas contra la cara posterior de las vértebras y de los discos; cuando el núcleo discal herniano está luxado en el canal raquídeo, comprime el origen del nervio, lo aprieta contra la pared ósea posterior y lateral del canal, y pone de manifiesto los síntomas de la enfermedad, en particular la importancia del dolor, lo que explica igualmente la desaparición inmediata de la neuralgia en cuanto la causa de la compresión, es decir, el núcleo gelatinoso, se quita quirúrgicamente.

El nivel de emergencia de las raíces del nervio ciático, a la altura de la articulación sacro-lumbar es un lugar propicio para la formación de la hernia discal. Todo movimiento anormal desencadenado por un esfuerzo, un traumatismo, puede acarrear una flexión o una extensión contrariada de la columna y crear condiciones favorables a su producción por un mecanismo de palanca, de casca-nueces, que expulsa hacia atrás, hacia el canal raquídeo, el núcleo gelatinoso incompresible.

Los clínicos franceses, se han dedicado a precisar los signos que permiten, durante una neuralgia ciática, pensar en la existencia de

una hernia discal. En el plan práctico, en presencia de toda ciática, hay que evocar la posibilidad de esta etiología. Toda neuralgia en el terreno de este nervio, por corriente y simple que parezca, puede estar unida a una compresión por hernia vertebral y se tratará, en todos los casos, de poner en evidencia los síntomas particulares unidos a su existencia.

Al comienzo de la enfermedad hay que averiguar primeramente la importancia de los factores mecánicos. Un accidente sufrido, una caída, un movimiento falso, el ejercicio de una profesión que requiere esfuerzos violentos y repetidos que favorecen los micro-traumatismos, se encuentran a menudo en los antecedentes de esos enfermos, pero la ausencia de ese factor no permite en modo alguno eliminar la posibilidad de la hernia. Hay que atribuir igualmente valor a la existencia de antiguos episodios dolorosos anteriores a la enfermedad actual. Muchos enfermos han padecido lumbagos, ciáticas pasajeras recurrentes, antes que el dolor se instale de una manera permanente.

Habitualmente en presencia de una ciática recidiva, tenaz, que resiste a los tratamientos comunes, se tiene que evocar la hernia discal y tomar una decisión operatoria. Un examen clínico minucioso proporciona argumentos importantes a favor de la existencia de la hernia y permite localizar el foco de la compresión. En cada caso hay que precisar la topografía exacta del dolor, la influencia de la posición y de los esfuerzos, las modificaciones de la curvatura del raquis que se desvía en sentidos variables según la situación de la hernia, con el fin de aliviar al máximo la compresión. Se buscará la limitación dolorosa de los movimientos de la columna vertebral, y, sobre todo, por la presión sobre los lados, un punto doloroso muy localizado que responda efectivamente a la raíz comprimida y guíe la intervención quirúrgica. Se estudiarán con cuidado las modificaciones de los reflejos, los trastornos de la sensibilidad al tacto y al pinchazo que permitirán localizar la raíz comprimida.

Estudiados bien esos signos, proporcionan una fuerte presunción a favor del origen discal de la ciática. La certidumbre puede ser aportada por el examen radiológico. La radiología simple puede mostrar un punto lateral de una interlínea vertebral, pero este signo es inconstante y sólo tiene valor de orientación. En cambio, la inyección en el canal raquídeo de lipiodol da imágenes características: una detención del aceite yodado o una muesca al nivel de la hernia. Este examen tan

precioso no carece de inconvenientes, ya que la penetración de la sustancia de contraste irrita las meninges y complica la intervención obligando al cirujano a evacuar el lipiodol, por lo que actualmente, en la mayoría de los casos, se prefiere no utilizar este método diagnóstico, si los otros signos clínicos son suficientes para afirmar la hernia sin mayor posibilidad de error.

Cuando una neuralgia ciática ha resistido a los tratamientos médicos durante varios meses, y la hernia discal es verosímil, el enfermo debe ser confiado al neuro-cirujano. La técnica quirúrgica ha sufrido modificaciones y ha mejorado considerablemente durante estos últimos meses gracias, sobre todo, a los estudios de Guillaume y de Sèze.

En efecto, al principio, cuando se conoció la frecuencia de la hernia discal, los cirujanos se vieron obligados a intervenciones relativamente complicadas y mutiladoras precedidas por la inyección lipiodol. Esta operación requería la resección de una o varias láminas óseas, la apertura de las meninges, la evacuación completa del lipiodol, una sutura extremadamente delicada de las meninges. Aunque los resultados sean muy satisfactorios y que ocasionen la cura inmediata y definitiva de enfermos que han sufrido muchos meses y aun años, esta intervención no es perfecta, porque requiere una inmovilización prolongada y deja en cierto número de casos trastornos en la estática vertebral y dolores lumbares ante el esfuerzo y la fatiga que, aunque mucho menos penosos que los que padecía el enfermo, provocan, sin embargo, cierto grado de impotencia funcional.

Un estudio minucioso de los signos clínicos de la enfermedad, la localización exacta del dolor permiten actualmente una intervención simple sin resección ósea, sin inyección de lipiodol previa, sin apertura de las meninges; no impone al enfermo sino una movilización corta y no deja ninguna secuela unida a las modificaciones de la estática ósea. Permite, pues, la curación rápida, definitiva, de una enfermedad crónica y desesperante; nueva victoria de la neuro-cirugía, que cuenta ya muchas en su activo.