

ESTENOSIS DEL CANAL LUMBAR

¿Qué es la estenosis de canal lumbar?

La estenosis de canal es un estrechamiento del canal vertebral por el que discurren las raíces nerviosas dentro del saco dural. Lo más habitual es que sea de causa adquirida degenerativa debido a:

- artrosis e hipertrofia de facetas articulares
- hipertrofia de ligamentos amarillos
- protrusión y pinzamiento discal

-espondilolistesis (desplazamiento de una vértebra sobre otra debido en este caso a



inestabilidad que genera la artrosis)

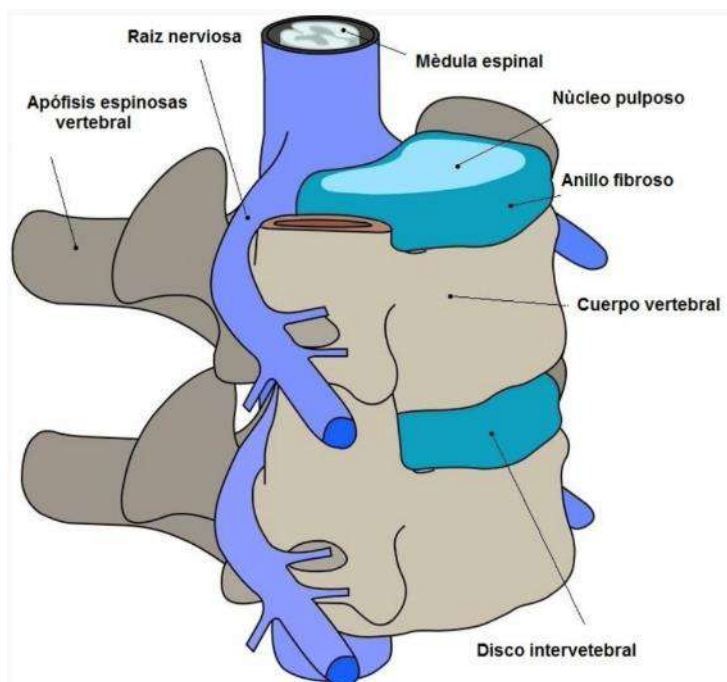
¿Qué síntomas nos hacen sospechar de estenosis de canal lumbar?

Lo primero a tener en cuenta es que no todos los pacientes con estenosis de canal vista en pruebas de imagen van a tener dolor. Debido a que la estenosis de canal es un proceso lento degenerativo, las raíces nerviosas se pueden adaptar a estar en un espacio disminuído sin que el paciente tenga síntomas.

Se estima una incidencia del 1,7 al 8% de la población. Es más frecuente en varones, sobre todo en el espacio L4-L5.



El dolor suele ser de inicio insidioso, que mejora con el reposo, con sensación de debilidad subjetiva de piernas y sensación de “pesadez” de espalda, glúteos o piernas.

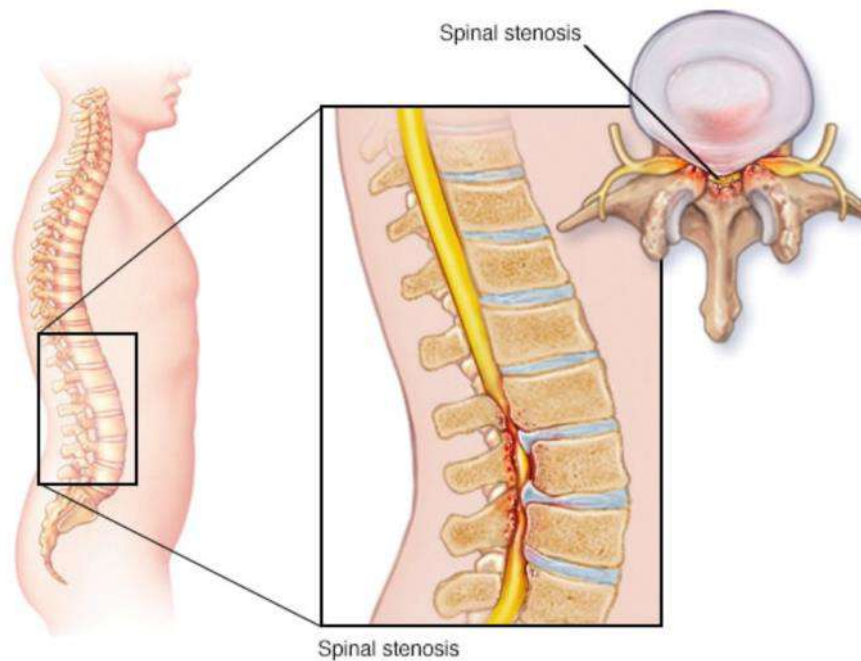


Existen dos tipos principales de estenosis de canal que pueden producir sintomatología diferente:

- **Estenosis del Receso** (salida de la raíz nerviosa): Suele aparecer en pacientes de edad media de 50 años como un dolor radicular progresivo con sensación de “calambre”, “entumecimiento”, “acorchamiento” en la pierna. Menos frecuente son los síntomas de compresión nerviosa severa (pérdida de sensibilidad de pierna o pérdida o disminución de fuerza en pierna).

- **Estenosis del Canal Central** (saco dural): Suelen ser pacientes de edad más avanzada, con una media de 70 años y se va a manifestar como claudicación de la marcha (dolor en muslos, piernas o gemelos con la deambulación que según progresa va a aparecer a distancias más cortas). Es típico que tengan mayor dolor con la hiperextensión de columna, como al bajar cuestas, y que mejoren rápidamente al sentarse y llevar la columna a una postura a flexión. Menos frecuente son los síntomas de compresión nerviosa

severa (pérdida de sensibilidad de pierna o zona perineal, pérdida o disminución de fuerza



en pierna o síntomas de incontinencia urinaria o fecal).

Estenosis

CUNICA DE LA COLUMNA DOCTOR SANTANA REHAB ZONE

¿Cómo se diagnostica la estenosis de canal?

www.drrevalgagiertych.com

Dado que un porcentaje de estenosis son asintomáticas, el diagnóstico no va a ser solo el resultado de unas pruebas de imagen sino que va a prevalecer la **clínica** y exploración física que presente el paciente para la toma de decisiones.

En cuanto a la exploración física se suele seguir siempre una misma metodología con los siguientes apartados:

–Maniobras de provocación del nervio ciático: si una de las raíces nerviosas que forman el nervio está comprimida, al realizar estas maniobras estiraremos el nervio y al paciente se le reproducirá dolor severo irradiado hacia la pierna. Suele ser valorable en pacientes con hernia discal y dolor agudo, pero en la estenosis de canal con dolor crónico progresivo suelen ser negativas.

–Exploración de fuerza y sensibilidad de las piernas: incluyendo hacer que el paciente se ponga de puntillas y talones para ver la fuerza de los gemelos y músculo tibial anterior que son músculos típicamente afectados por esta patología.

–Exploración de reflejos de las piernas con un martillo de exploración.

Si la clínica y exploración física es compatible y los síntomas del paciente no mejoran con analgesia debemos pedir una radiografía y resonancia magnética. En la radiografía podemos ver pinzamiento discal, hipertofia de las facetas articulares, espondilolistesis, escoliosis degenerativa (por pinzamiento asimétrico del disco intervertebral)...

La resonancia magnética es la prueba más específica para el diagnóstico de estenosis de canal ya que en ella podremos distinguir la compresión tanto del receso, como del canal central por las estructuras óseas y articulares previamente mencionadas y el nivel o niveles exactos de la compresión.

Si el paciente tiene contraindicación para realizarse resonancia magnética (portador de marcapasos, claustrofobia...) se puede realizar una tomografía axial computarizada (TAC) para llegar al diagnóstico.

Diagnóstico diferencial

Los síntomas insidiosos de la estenosis de canal añadido a que su mayor incidencia es en personas mayores que pueden tener comorbilidades, hace que tengamos que evaluar otras posibles causas de dolor en miembros inferiores como:

- Claudicación vascular (por disminución del riesgo arterial en miembros inferiores).
- Artrosis de cadera o rodilla.

- Neuropatías periféricas, como la debida a diabetes.
- Efectos secundarios de fármacos, como la miopatía por estatinas.
- Enfermedades neurodegenerativas



¿Cuál es el tratamiento de la estenosis de canal?

Para valorar cual es el mejor tratamiento primero debemos saber cual es la historia natural de la estenosis de canal:

- Generalmente los síntomas no suelen hacerse incapacitantes o incluso pueden mejorar en un 30-50% de pacientes.
- Solo un 15% de pacientes tendrán deterioro clínico progresivo que requiera de medidas agresivas como cirugía.

Dado que la mayoría son pacientes mayores sin requerimientos funcionales importantes se van a tratar de inicio de forma conservadora mediante:

- Reposo breve en las etapas de máximo dolor: No se recomiendan reposos prolongados mayores de 5 días.
- Ejercicios de Estiramiento y Fortalecimiento Lumbar y Abdominal y Glúteos. (CORE).

- Inmovilizaciones Lumbares: fajas semirígidas o de soporte lumbar (no es necesario corsés rígidos): pueden mejorar el dolor con la deambulaci3n.

- Pérdida de peso y medidas posturales

- Fisioterapia: masajes, estiramientos, tracciones, TENS, magnetoterapia, onda corta...pueden ayudar a aliviar los sntomas de dolor en etapas de reagudizaci3n.

- Fármacos: analgésicos vía oral (paracetamol y antiinflamatorios en dolores de intensidad leve y valorar opioides en dolores de intensidad severa). También se pueden usar fármacos típicos para dolor neuropático como algunos anticonvulsivantes (pregabalina o gabapentina) o antidepresivos (amitriptilina).

Si el paciente no mejora a pesar de lo previo se puede valorar **infiltraciones** epidurales, caudales o periradiculares (anestésico local y corticoide bajo control radiográfico en quirófano) en Unidades del Dolor especializadas en esta patología, aunque la mejoría suele ser a corto plazo sin cambiar la evoluci3n del cuadro a medio-largo plazo.



Cirugía en estenosis de canal. ¿Cuándo hay que operar?

Las posibles indicaciones para llegar a la cirugía podrían ser :

- Dolor (radicular o claudicación) que no mejora tras 2-3 meses con los tratamientos conservadores previamente descritos.
- Episodios de dolor radicular recurrentes.
- Pacientes con poco dolor pero imposibilidad para deambulación por debilidad de piernas, de inicio relativamente brusco.
- Aparición de síntomas de compresión severa (incontinencia , pérdida importante de fuerza o sensibilidad).

A día de hoy existen muchos tipos de tratamientos quirúrgicos, y habrá que individualizar el tratamiento a cada caso según tipo de estenosis, numero de niveles con estenosis, escoliosis o disbalance anterior asociado, espondilolistesis, edad y comorbilidades del paciente...

En general podemos dividir el tratamiento en técnicas con o sin fusión. Ambas pueden realizarse de forma abierta o de forma percutánea (cirugía mínimamente invasiva) según el caso:

- Liberación del canal sin fusión :

Laminectomía, facetectomía parcial y foraminotomía. Excisión del hueso y/o ligamento que produce la compresión. Si hay que extirpar gran cantidad de hueso o faceta, la columna quedaría inestable y sería necesario realizar una fusión vertebral.

- Liberación del canal con fusión:

a lo anterior se añade la colocación de tornillos (habitualmente desde un abordaje desde la zona posterior de columna) con/sin colocación de dispositivos de fusión intersomática (cajas que aumentan la altura del disco que estaba pinzado y que pueden colocarse desde abordajes anteriores, laterales, posteriores... ALIF, LLIF o XLIF y PLIF respectivamente).

- Otras técnicas: Dispositivos de fusión o distracción interespinosa.

En general hay que tener en cuenta que son cirugías agresivas no exentas de complicaciones, por lo que hay que seleccionar muy bien el paciente y tener en cuenta que con el tiempo un porcentaje no desdeñable de pacientes mejoran sin intervenir, por lo

que la cirugía no suele indicarse de entrada sino tras fracaso de tratamientos



conservadores.

