

# La artrodesis intersomática por vía posterior en el tratamiento de las lumbalgias crónicas

R. COLVEE y J. P. CARRILLO

## RESUMEN

Los autores aportan su experiencia en 28 varones y 32 hembras afectos de lumbalgias por espondilolisis, espondilolistesis, estenosis de canal y espondilosis, que fueron tratados por artrodesis intersomática por vía posterior.

Se describen la técnica seguida y los resultados obtenidos.

Descriptores: Artrodesis intersomática interlumbar posterior. Artrodesis intersomática lumbar en las lumbalgias.

## SUMMARY

The authors report their experience in the surgical treatment of the chronic low-back pain, by posterior interbody fusion. The best results were obtained in spondylolysis and moderate spondylolisthesis.

Key words: Lumbar interbody fusion. Spondylolysis: Posterior interbody fusion. Spondylolisthesis: Posterior interbody fusion.

El dolor lumbar es el de mayor incidencia en el hombre, después del ulcus, aunque sus posibilidades terapéuticas han avanzado muy poco. El dolor no es provocado por la morfología anatómica.

Se ha acusado como responsable a las malformaciones congénitas, procesos artrósicos de intensidad variable, etc., pero a la luz de los conocimientos actuales, esto no es admisible y las alteraciones radiológicas tienen muy poco valor en relación con la intensidad del cuadro doloroso.

Las principales causas del dolor lumbosacro son las siguientes:

a) Causas principales:

- 1.<sup>a</sup> Hernias discales.
- 2.<sup>a</sup> Espondilolistesis.
- 3.<sup>a</sup> Espondilolisis.
- 4.<sup>a</sup> Estrechamiento del canal medular (congénita o adquirida).

b) Causas secundarias:

- 1.<sup>a</sup> Osteoporosis.
- 2.<sup>a</sup> Escoliosis.
- 3.<sup>a</sup> Estrechamientos discales múltiples.
- 4.<sup>a</sup> Enfermedades reumáticas.
- 5.<sup>a</sup> Desaparición de la lordosis fisiológica.

Los pinzamientos discales y las dismorfogénesis carecen de valor etiológico.

En el aspecto mecánico, tienen importancia los microtraumatismos y la sobrecarga ponderal.

En la génesis del dolor se concede actualmente papel preponderante a la presión intradiscal, así como a las concentraciones iónicas del disco, su contenido en mucopolisacáridos y grado de hidratación, circunstancias que se modifican por los *stress* mecánicos.

Otra causa importante del proceso doloroso son las alteraciones de las articulaciones posteriores. Cuando el disco está indemne, las presiones se reparten normalmente, cuando por alguna circunstancia sufre un proceso patológico y una alteración, las presiones se transmiten por la zona anterior o posterior del disco, lo que facilita la aparición de osteofitos de escasa importancia cuando se localizan en la parte anterior del cuerpo y de gran importancia nosológica para el dolor, cuando están en el reborde posterior, porque pueden llegar a estrechar el canal medular. La presión se transmite no

sólo por el cuerpo, sino también por los arcos y articulaciones posteriores, cuando existe un fallo en el reparto de estas presiones, aparecen procesos dolorosos de intensidad variable.

Está demostrado que el cuerpo humano tiene una gran capacidad de adaptación y así se explica el proceso indoloro de la escoliosis. Cuando la patología es breve el proceso doloroso aparece.

Lógicamente, salvo los procesos dolorosos ocasionados por enfermedades infecciosas, tumorales y traumas recientes, el proceso crónico tiene como causa las siguientes circunstancias:

- a) Discal
- b) Tumoral
- c) Inflamatorio
- d) Reumático
- e) Psicógeno
- f) Por estenosis del canal medular:
  1. Congénito (idiopático o acondroplásico)
  2. Adquirido (traumático, tumoral, degenerativo, ligamentoso, etc.).

En el Sanatorio Marítimo Nacional de Pedrosa, se han practicado sesenta artrodesis intersomáticas por vía posterior en enfermos portadores de un proceso lumbálgico crónico recidivante, que ocasionaba serios trastornos al paciente y en los que existía una clara inestabilidad del segmento vertebral lumbar o una estenosis manifiesta del canal medular, que ocasionaba un proceso doloroso inveterado.

Se ha discutido mucho el tratamiento del dolor lumbar, pero parece evidente que cuando los tratamientos conservadores fracasan, hay que recurrir a la acción quirúrgica y básicamente a la artrodesis de esta zona inestable.

Toda artrodesis ha de cumplir tres postulados fundamentales:

1. Desaparición del dolor.
2. Corrección de la inestabilidad segmentaria.
3. Liberación de las posibles compresiones del canal raquídeo.

Sexo:	Casos	Por 100
Varones .....	28	46'6
Hembras .....	32	53'3

Localizaciones:	Casos	Por 100
Lumbosacras .....	44	73'3
4. <sup>a</sup> - 5. <sup>a</sup> L. ....	16	26'6

Edades:	Casos	Por 100
De 20 a 30 años .....	4	6'6
De 30 a 40 años .....	20	33'3
De 40 a 50 años .....	16	23'3
De 50 a 60 años .....	17	28'3
De 60 a 70 años .....	3	5

Índices extremos:	Casos	Por 100
Edad media .....	25 - 67 años	43'6 años

Diagnóstico:	Casos	Por 100
Espondilolisis .....	26	38'6
Espondilolistesis .....	18	30
Estenosis de canal .....	14	23'3
Discartrosis grave dolorosa ....	2	3'3

Cuadro clínico	Casos	Por 100
Dolor de intensidad variable ..	60	100
Impotencia funcional .....	49	81'3
Envaramiento de tronco .....	44	73'3
Irradiaciones ciática .....	35	58'3
Trastornos sensitivos .....	17	28'3

Resultados	Casos	Por 100
Muy buenos .....	14	23'3
Buenos .....	36	60
Regulares .....	7	11'6
Nulos .....	3	5

Son múltiples las técnicas de artrodesis descritas, todas tienen ventajas y ninguna está exenta de inconvenientes. Para nosotros las ventajas de la artrodesis intersomática por vía posterior, son las siguientes:

1. Conseguir una buena artrodesis en el soporte principal de la columna vertebral. El cuerpo vertebral.
2. Rápida vascularización del injerto, actuando éste en compresión. (Figs. 1 y 2).
3. Acortamiento ostensible del período de inmovilización, sólo están en cama tres semanas.
4. Prácticamente no existen pseudoartrosis ni fracturas de injerto. Sólo se protege al en-

fermo con una faja ortopédica durante tres meses.

Inconvenientes:

- Estrechez moderada del campo operatorio.
- Posibilidad de lesiones nerviosas (nosotros no la hemos tenido).
- Posibilidad de prolapso posterior del injerto en las primeras semanas (un caso).
- A veces hemorragia molesta para el acto quirúrgico, por lo que se debe realizar la operación con transfusión intraoperatoria de unos 1.000 c.c. que nos ponga a cubierto de posibles trastornos de la volemia.

Técnica quirúrgica: Previo despegamiento de las masas musculares en la zona lumbosacra, se reseca la apófisis espinosa de 5.<sup>a</sup>

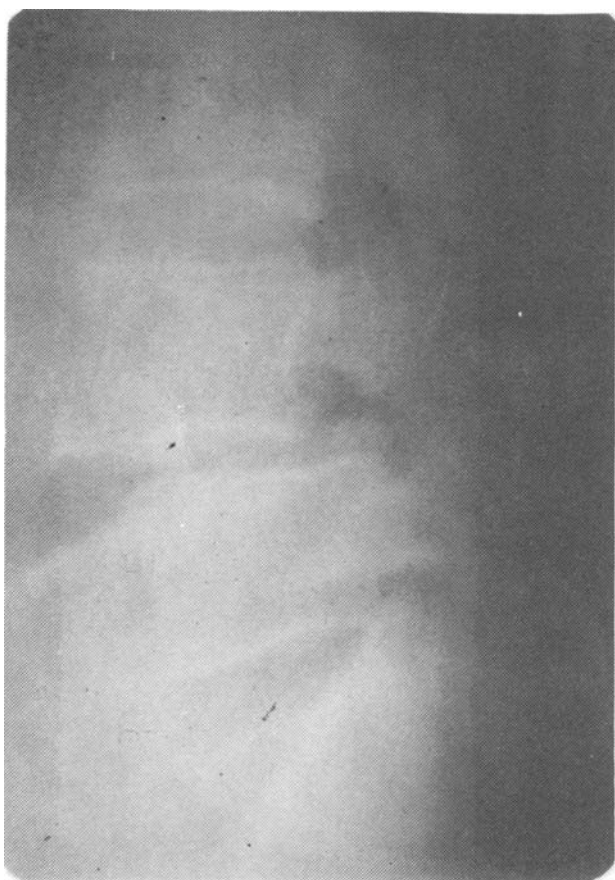


FIG. 1.— espondilolistesis antes de operada.

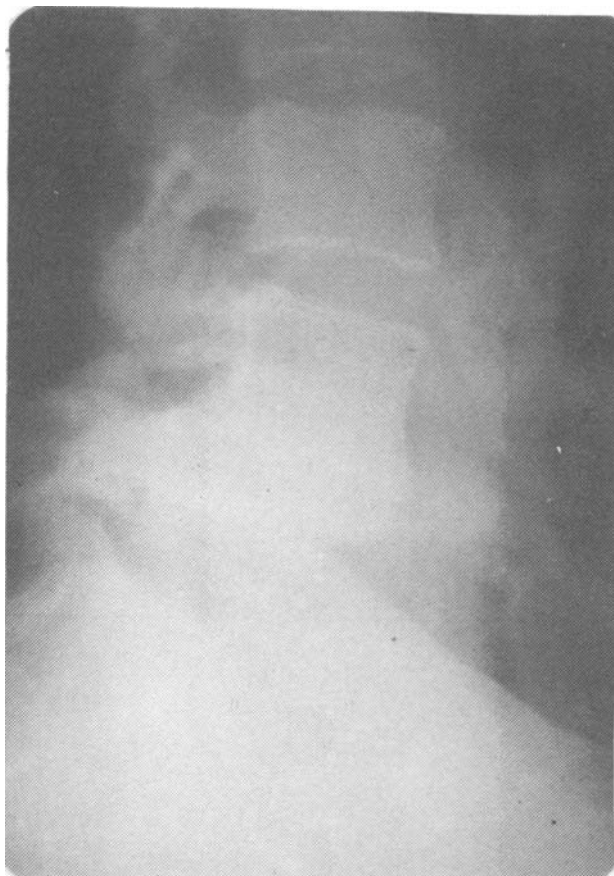


FIG. 2.— Espondilolistesis después de operada.

lumbar y el arco de la misma con los ligamentos amarillos de 4.<sup>a</sup>-5.<sup>a</sup> lumbar y 5.<sup>a</sup> lumbar y 1.<sup>a</sup> sacra. Esto nos permite un campo bastante amplio, a veces se puede provocar una distracción de este espacio con un distractor apoyado en las apófisis espinosas de 4.<sup>a</sup> lumbar y 1.<sup>a</sup> sacra. Liberación de las raíces y extirpación discal, tallando a ambos lados del canal medular con gubia estrecha un agujero, que permita la resección de las carillas articulares de los cuerpos vertebrales, colocando injertos de esponjosa a presión, rellenando todo el hueco.

La hemorragia o la presencia de varices no impide la realización de la operación, pues con paciencia y coagulando las raíces se puede hacer una hemostasia correcta. (Figs. 3, 4 y 5).

FIG. 3.- Laminectomía.  
Saco y raíces liberadas.



FIG. 4.- Túnel entre  
los dos cuerpos.

FIG. 5.- Injerto ya colocado.

