LA CONSULTA Francisco Sierra

Jefe de la Unidad del Dolor del Hospital Perpetuo Socorro

EL DOCTOR SIERRA ABORDA UNA **PATOLOGÍA MUY DOLOROSA** QUE PUEDE CONDICIONAR LA VIDA DE QUIENES LA PADECEN, PERO QUE TIENE TRATAMIENTO.

«El dolor por estenosis de canal puede reducirse un 70%»

CANARIAS7 / LAS PALMAS DE GRAN CANARIA



Doctor. *Francisco Sierra hace hincapié en que antes de llegar a la cirugía, hay otros tratamientos.*

C7

— ¿Qué es la estenosis de canal?

— La estenosis de canal lumbar se define como el estrechamiento estructural del canal raquídeo, de los recesos laterales o de los agujeros de conjunción en la zona lumbar. En definitiva, es la estrechez del canal y compresión de raíces raquídeas debido a procesos degenerativos debidos a la edad. Este cuadro se observa en el 20% de las resonancias de la población por encima de los 60 años.

— ¿Siempre produce dolor invalidante?

— No. El cuadro, aunque es variable en cada paciente, se suele iniciar en la cuarta década de la vida con síntomas inespecíficos de dolorimiento, falsa ciatalgia, dolor en glúteos, sensación de quemazón, y sólo en pocos casos (menos del 15%) se produce impotencia funcional aguda que puede ser invalidante en casos muy concretos que se asocie con aparición asociada de hernia discal.

— ¿Cuándo es conveniente acudir a una unidad del Dolor ante esta etiología?

— Debe hacerse hincapié en que la cirugía de estenosis de canal puede diferirse hasta agotar los tratamientos conservadores durante al menos 3-6 meses. Por ello, tras una primera fase en que el paciente habrá sido tratado con analgésicos y antiinflamatorios con intención de reducir la fase aguda de dolor, se iniciará una fase de apoyo en la fisioterapia. Cuando estos tratamientos no den el resultado esperado o bien el cuadro se repita, es conveniente acudir a una Unidad del Dolor, donde se reevaluará al paciente y se pueden aplicar tratamientos específicos.

— ¿En qué medida es eficaz?

— En la mayoría de los casos la actuación con técnicas mínimamente invasivas por parte de la Unidad del Dolor, resulta muy eficaz, logrando reducir hasta un 70% los niveles previos de dolor a los 6 meses y un 80% al año. En cuanto a los bloqueos epidurales y foraminales, con anestésicos locales y corticoides u otro antiinflamatorio, son muy eficaces en las fases agudas pero su duración no suele sobrepasar los tres meses. Las técnicas con plasma rico en plaquetas requieren más estudios, aunque los ya existentes y la experiencia en nuestra unidad muestran resultados muy prometedores.

— ¿Es preciso un estudio previo al tratamiento?

— Siempre. Se basa en conocer la historia de dolor del paciente, los factores asociados (laborales, genéticos, enfermedades asociadas); la exploración, pruebas diagnósticas, esencialmente la resonancia magnética, que es la exploración idónea, aunque siempre correlacionándola con la clínica del paciente, pues en mayores de 60 años los falsos positivos son muy frecuentes. En muchas ocasiones requiere completarla con el TAC que estudia mejor las partes óseas del canal, aunque también tiene un porcentaje de falsos positivos alto y siempre está sujeta a la interpretación del radiólogo. La electromiografía, al evaluar exclusivamente la función motora de la raíz, es poco útil en la estenosis dónde los principales síntomas son sensitivos.

LOS TRATAMIENTOS MÁS RECOMENDABLES

LAS OPCIONES MÁS CONSERVADORAS

■ **Antes que operar.** Salvo casos muy concretos, es obligatorio intentar el tratamiento conservador antes de cualquier valoración quirúrgica, ya que la mejoría de la calidad de vida que puede aportar éste hace que muchos pacientes no consideren el tratamiento quirúrgico. La infiltración epidural, el bloqueo foraminal, la aplicación de plasma rico en plaquetas, o la radiofrecuencia son útiles para minimizar los síntomas. El objetivo de todos ellos es reducir el componente inflamatorio, mejorar el dolor y permitir un plan de fisioterapia y actividad física posterior que fortalezca el componente muscular de la columna. No obstante, alrededor del 20% de los pacientes no precisa ni tratamiento médico ni quirúrgico. Con recomendaciones sobre ergonomía e higiene acerca de las actividades y posturas puede ser suficiente. Por ejemplo, aumentar la actividad física, evitar posiciones que sobrecarguen la columna vertebral, evitar la carga de pesos y hacerlo de forma adecuada, evitando corsés. Reducir la obesidad y, sobre todo, aumentar el tono muscular en el cinturón abdomino-lumbar, resulta de eficacia inestimable en todas las fases del cuadro.

