

# Hernia discal: verdades y mentiras

Por **Dr. Fernando Ladero Morales**

*Especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica*



Doctor, me duele la espalda y me han dicho que tengo varias hernias. ¿Es posible? Esta cuestión es pregunta habitual en los consultorios de los especialistas dedicados al tratamiento quirúrgico de la patología de columna. Y lo cierto es que tiene más de mito que de realidad.

Como introducción conviene recordar que la lumbalgia, lumbago o dolor lumbar (zona baja de la espalda) afecta al 90% de las personas en algún momento a lo largo de su vida. Además es la causa más frecuente de baja laboral después del resfriado común. Sin embargo sufrir un dolor lumbar no implica necesariamente que se tenga una hernia discal. Es más, sólo en el 10% de los pacientes con lumbalgia se confirmará

con las pruebas de imagen una rotura del disco intervertebral.

El disco intervertebral es un amortiguador biológico situado entre las vértebras. Tiene la misión de soportar y distribuir de forma uniforme las cargas que se generan en la parte anterior de la columna por el peso y los movimientos del cuerpo. Es una estructura muy rica en agua y en proteínas de consistencia elástica. A lo largo de los años, su envejecimiento caracterizado como en otros muchos tejidos por la pérdida de la capacidad para retener agua, puede terminar en degeneración y rotura. Cuando el disco se rompe y su contenido sale al canal raquídeo donde se aloja la médula espinal y las raíces nerviosas, decimos que se ha producido una hernia discal. Clínicamente se caracteriza por la aparición de una "ciática", o dolor a lo largo de la pierna que se inicia en la zona lumbar y que llega hasta el pie. Este dolor en muchos casos se acompaña de acorchamiento o pérdida de fuerza del pie.

Obviamente, la mayoría de dolores de espalda no responden a este patrón, y reflejan solamente situaciones de sobrecarga muscular, distensiones ligamentosas, tendinitis o artrosis leves. En su ma-

yor parte responden en pocos días al reposo, la rehabilitación o los tratamientos antiinflamatorios orales. Otras veces el dolor responde a fenómenos de degeneración del disco intervertebral sin que exista rotura de éste. En estos casos las inyecciones epidurales de corticosteroides, las inyecciones intradiscales de quimopapaína o la ablación discal con calor o radiofrecuencia se han demostrado eficaces en pacientes seleccionados. No existe ni una sola publicación en la literatura internacional de prestigio que avale la eficacia de la inyección subcutánea, intramuscular o intradiscal de ozono, tan de moda cada varios años.

El dolor de espalda es una dolencia demasiado común como para tratarla de forma trivial, ya que supone un gasto social y laboral de grandes proporciones. Para su control se precisa en muchos casos un abordaje multidisciplinar en el que participan traumatólogos, rehabilitadores, fisioterapeutas e incluso psicólogos, en los casos en los que se sospeche un componente psíquico en el origen del dolor. Sólo con esta perspectiva lograremos la mejoría global del paciente y su reincorporación a una vida plenamente activa. ■