

Estenosis de canal

D. ABEJÓN

La estenosis de canal (EC) se define como una reducción en el diámetro del canal espinal, de los canales laterales o bien en la salida lateral de los nervios. Las principales causas que puede provocar la EC son: hipertrofia ósea, hipertrofia ligamentosa, protrusión discal, espondilolistesis y una combinación de varias.

La clasificación de la EC puede realizarse atendiendo a su etiología o a su localización. Dependiendo de su etiología se divide en EC congénita y EC adquirida. Según su localización, se clasifica en EC central, lateral o mixta. La EC central afecta a los elementos centrales, como el ligamento amarillo, porciones medias del disco y la apófisis articular inferior. Las causas principales de este tipo de estenosis son la hipertrofia facetaria inferior y del ligamento amarillo, en el 40% de los casos, y la protrusión central o paracentral del núcleo pulposo. La clínica predominante de este tipo de EC es la claudicación intermitente. La EC lateral se observa cuando los procesos degenerativos se localizan en las apófisis articulares superiores, existen protrusiones foraminales o una hipertrofia del ligamento amarillo en su inserción en la apófisis articular superior. La clínica predominante en este caso es la radiculopatía.

La EC se manifiesta habitualmente en los 50-70 años cuando el origen es degenerativo, y a los 30-40 años cuando la causa es congénita. Se trata de una enfermedad con un ligero predominio en la mujer. La localización más frecuente es a nivel de L3-L4 y L4-L5, lugares de transición lumbosacra, con clínica de *cauda equina*. Los síntomas son descritos por los pacientes como una sensación de malestar que va desde una pesadez en los miembros inferiores, cansancio o dolor lumbar, en glúteos, muslos o piernas. El dolor lumbar se da en el 65% de los casos, mientras que el dolor en los MMII se da en el 80% de los casos. Todas estas sensaciones

se acompañan de parestesias que suelen ir de distal a proximal. La sintomatología suele ser bilateral y asimétrica. Un signo patognomónico es la relación existente que hay entre la función y la sintomatología. La sintomatología se incrementa con la bipedestación y la deambulación y disminuye con el reposo. En resumen, en la clínica de la EC nos podemos encontrar: claudicación intermitente, disfunción de esfínteres (10% de las EC graves) y alteraciones neurológicas.

El mecanismo básico en la producción de la EC es la remodelación y el sobrecrecimiento óseo con la formación de osteófitos. El sobrecrecimiento óseo se ve iniciado o acelerado por un proceso degenerativo que afecta al complejo articular compuesto por las articulaciones interapofisarias y el disco. Las teorías que explican la clínica de la estenosis son tres. La teoría isquémica postula que durante la actividad se produce un aumento de la demanda y ésta no puede ser aumentada debido a un flujo sanguíneo insuficiente secundario a la compresión segmental. En condiciones normales los vasos toleran cierto grado de tracción y de elongaciones, aunque en situaciones en las que existe EC los vasos no se pueden acoplar a esta situación por la gran disminución en el flujo y diámetro. La teoría anóxica es una combinación de las dos anteriores.

DOLOR ARTICULACIÓN SACROILÍACA

La articulación sacroilíaca (ASI) comienza su desarrollo entre las semanas 10 y 12 de gestación, se desarrolla hasta el nacimiento y pubertad y alcanza su característica forma de S itálica en la edad adulta. Es una articulación móvil de 17,5 cm de superficie.

Dirección para correspondencia:

David Abejón
Unidad del Dolor
Fundación Hospital de Alcorcón
Madrid

Unidad del Dolor
Fundación Hospital de Alcorcón
Madrid

Se considera una articulación sinovial. La sinovial es anterior, englobando entre la mitad y los dos tercios de la parte anteroinferior de la misma. En la parte superior sólo un cuarto de la misma tiene sinovial. La articulación está rodeada de una cápsula fibrosa en su parte anterior, siendo ésta muy rudimentaria en la parte posterior. La parte posterior de la cápsula es rudimentaria, y en ella se localiza el ligamento interóseo posterior. Se considera uno de los ligamentos más potentes del organismo, siendo el elemento que da más firmeza a la articulación. El ligamento está relacionado con la parte anterior del ligamento ilio-lumbar en su parte anterior, con el plexo lumbosacro (L4-S1) y con el nervio obturador. Otros ligamentos que contribuyen a estabilizar la articulación son el iliolumbar, sacrotuberoso y el sacroespinoso. En la articulación se insertan una serie de músculos que refuerzan la misma y ayudan a la dispersión de las fuerzas que recaen sobre ella; éstos son: músculo erector de la espalda, psoas mayor y menor, cuadrado lumbar, piramidal, glúteos, oblicuo del abdomen y dorsal ancho.

La inervación de ASI es compleja y todavía hoy existen dudas sobre la inervación completa. La inervación se puede dividir en la que afecta a la parte posterior de la misma y la que afecta a la parte anterior. La parte posterior se inerva por los ramos laterales de la raíz posterior de L3-S3 y la mayor contribución es de L5-S2. La parte anterior está inervada por la raíz posterior de L2-S2, y la mayor contribu-

ción desde L4-S1, siendo los principales L4 y L5. Adicionalmente contribuye el nervio glúteo superior que deriva de L4-S1. En conjunto, el nervio que más contribuye a la inervación es S1 y S2. En la cápsula y en los ligamentos también existen terminaciones libres amielínicas que pueden contribuir a la inervación de la misma.

La disfunción somática (dolor mecánico SI o síndrome SI) constituye el síndrome doloroso más frecuente en la enfermedad SI. Aunque la prevalencia real no se conoce con exactitud, según diversos estudios varía entre el 13 y el 30%. La prevalencia aumenta al 58% cuando existen traumas menores (58%), y en el síndrome poslaminectomía al 62%.

Como sucede en otras entidades que pueden provocar dolor lumbar, no existe ninguna prueba diagnóstica ni ninguna exploración patognomónica de esta entidad. Sólo el bloqueo diagnóstico guiado radiológicamente puede servir para aclarar el diagnóstico. La zona más constante en el dolor referido de la articulación es: «Área de 3 x 10 cm inferior a la espina ilíaca posterosuperior ipsilateral». Otras zonas de dolor referido son: ingle, zona posterior del muslo, debajo de la rodilla, pie, pseudociática, glúteos. El dolor se incrementa con diferentes movimientos como: paso de sedestación a bipedestación, rotación o en pacientes con fijación lumbar o enfermedad articular de cadera. Un punto característico de dolor es el surco sacro y la línea ilíaca posterosuperior.