

El síndrome poslaminectomía

J.A. LÓPEZ

El síndrome poslaminectomía (SPL) es un proceso fácil de reconocer pero difícil de definir. Lo que parece que está claro de entre la mezcla de síntomas y signos es que existe un dolor crónico en la espalda y/o en una o las dos extremidades inferiores y que esto sucede en un paciente que ha sido operado con anterioridad de la espalda¹. Hay varios nombres con los que se denomina este proceso, de entre los cuales parece predominar el término inglés *failed back surgery syndrome* y su incorrecta traducción en castellano como síndrome de la cirugía fallida de la espalda.

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (cuyo acrónimo inglés es IASP), el SPL consiste en la persistencia o reaparición de dolor lumbar y/o radicular, después de un procedimiento quirúrgico sobre el mismo nivel metamérico presuntamente responsable del dolor actual.

ETIOLOGÍA

Por definición, el dolor que presenta el paciente está relacionado con la cirugía practicada, aunque ésta se haya llevado a cabo de forma técnicamente correcta.

La causa más frecuente del SPL ocurre tras la selección inadecuada del candidato a la cirugía, o dicho de otra forma, la realización de cirugía en un caso no indicado. Otra causa, asimismo frecuente, es la derivada de la realización muy prematura de la cirugía, o la contraria, la realización tardía del tratamiento, después de que hayan acaecido daños neurológicos difícilmente reversibles.

La cirugía realizada de forma incompleta es otra causa conocida del SPL; ello significa que el paciente ha sido insuficientemente valorado en su padecimiento y, en consecuencia, la cirugía sólo ha tratado una parte (p. ej. descompresión insuficiente de las raíces, persistencia de fragmentos discales no localizados en el acto quirúrgico).

La recidiva de la hernia de disco es posible aunque difícil de establecer. Una causa muy frecuente es la inestabilidad segmentaria lumbar, bien preexistente y no reconocida o bien acaecida tras la cirugía. Al hilo de lo dicho se pueden asimilar las complicaciones quirúrgicas. Las mismas se presentan en el 5% de los operados y, aun resueltas, pueden y suelen ser causa de dolor crónico.

Es muy frecuente, entre los especialistas dedicados al tratamiento de estos enfermos, detectar en algunos o muchos de ellos la existencia de síntomas y signos muy imprecisos, vagos, claramente funcionales y a veces malintencionados. En los pacientes que sufren el SPL es muy común relacionar sus expectativas de compensación económica por sus limitaciones físicas, con sus trastornos psicológicos (estrés, ansiedad, depresión, etc.) y con la mayor o menor funcionalidad de su clínica. Ello puede dar lugar a la descon sideración clínica y personal de ellos. Los casos verdaderamente malintencionados son una minoría.

Por último, pero no por ello menos importante, ha de considerarse la fibrosis y la aracnoiditis como causa bastante común de este proceso.

Teniendo en cuenta todos estos posibles factores y la situación de masificación de la medicina pública, se me ocurre pensar: ¿es posible que se den casos en los que no se presente alguno de estos supuestos?

Dirección para correspondencia:

José Antonio López
Unidad del Dolor
Hospital Universitario «Puerta del Mar»
Cádiz

Unidad del Dolor
Hospital Universitario «Puerta del Mar»
Cádiz

DIAGNÓSTICO

Como ya se ha dicho, el SPL tiene un diagnóstico fundamentalmente clínico. Ahora bien, el tiempo transcurrido entre la cirugía y la aparición del dolor nos puede orientar acerca de la etiología y, por ende, el diagnóstico y su tratamiento.

Así, aquellos casos que debutan muy precozmente tras la cirugía son aquellos relacionados con la existencia de complicaciones y de tratamiento insuficiente. Los casos aparecidos tras mejoría y recaída al cabo de unos meses y de forma insidiosa son más sugerentes de fibrosis e inestabilidades. Los casos aparecidos mucho tiempo después de la operación suelen tener más relación con la aparición de nuevos procesos.

Con objeto de planificar adecuadamente el tratamiento, conviene separar muy bien la preponderancia de cada uno de los componentes del SPL, a saber: el componente radicular o de la *cauda equina*, relacionado con dolor predominantemente neuropático, y el dolor axial, mecánico, de esfuerzo, con mayor o menor carga, que es predominantemente nociceptivo.

Los estudios complementarios imprescindibles para el correcto diagnóstico del SPL son:

- La radiología simple de la columna lumbar, preferentemente realizada con el paciente en bipedestación y con las proyecciones dinámicas de flexión y extensión.
- La resonancia magnética nuclear, especialmente en series comparativas, con y sin realce, con material paramagnético. Las opiniones de su utilidad son muy dispares y el principal motivo radica en que esta exploración proporciona numerosos hallazgos anormales y patológicos que pueden o no estar relacionados con la causa del dolor.

- La TC de alta resolución con reconstrucciones tridimensionales se ha añadido a las mismas consideraciones que hemos dicho antes.

Otras exploraciones a enumerar: la EMG-ENG, los bloqueos facetarios y radiculares diagnósticos, la discografía y la discomanometría, la gammagrafía ósea, etc.

PRONÓSTICO

Lo ideal, en el SPL, es la profilaxis del mismo, es decir, operar en tiempo y forma los casos indicados.

Existen unos factores premórbidos que, analizados *a posteriori*, en grandes series, se han mostrado significativos de buen o mal pronóstico. Estos factores puede ser clínicos, por ejemplo, en la forma de inicio del cuadro (brusca o insidiosa), en la localización del mismo (precisa o más bien insidiosa), o en la evolución (corta frente a crónica). Otros factores son de tipo personal, enfrentándose un mejor pronóstico en los procesos que suceden en individuos con bajo nivel de estrés, en buena salud previa y que realizan actividad física de forma regular, frente a un peor pronóstico de los individuos de vida sedentaria o con sobrepeso. Por último, se consideran también factores laborales: empleo estable frente a precariedad en el mismo, lesión sucedida fuera o dentro del trabajo, etc.

En todo caso, estamos ante una enfermedad larga cuyo pronóstico hay que establecerlo con cuidado.

En muchas ocasiones nos encontramos con muchos pacientes con evolución desfavorable tras la cirugía en los que su cirujano considera que su responsabilidad termina después de una cirugía más o menos técnicamente correcta.