

Historia de la Ciática

Stanislas de SEZE

Traducción: F. Colell (GBMOIM)



Todo el mundo sabe que la historia de la ciática empieza con el anatomista italiano Domenico Cotugno, que en 1764 en un trabajo titulado «De Ischiatis Nervosum», atribuye al sufrimiento del nervio ciático los dolores que parten del glúteo descendiendo por detrás del muslo y la pierna hasta el pie.

En los textos franceses, los dolores isquiáticos de cambiarán de nombre; se llamarán dolores ciáticos, gota ciática, neuralgia ciática, o simplemente ciática.

Hasta finales del siglo diecinueve la ciática es un dolor del nervio ciático, una neuralgia como muchas otras (neuralgia facial o neuralgia intercostal, por ejemplo). Quizás es mejor decir neuritis ciática.

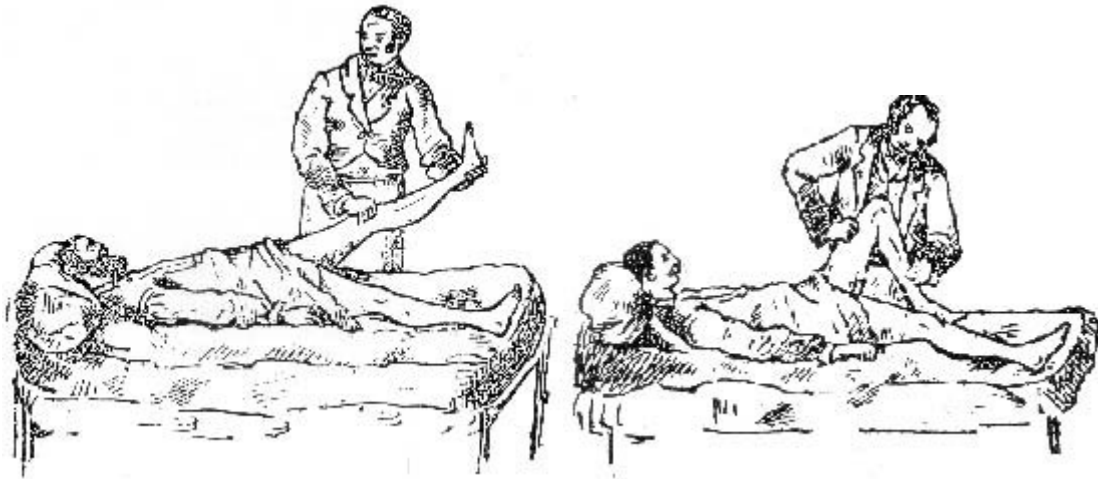
Para Trousseau, Landouzy, Lasègue, es una cuestión de gradación. Si el dolor es intenso, hay hipoestesia, atrofia muscular, y abolición del reflejo Aquileo, es una neuritis. Si solo hay dolor sin alteraciones neurológicas, la afectación del nervio es más ligera, es una neuralgia. Pero se trate de neuritis o de neuralgia, siempre se trata del nervio.

En cuanto a la causa de este sufrimiento del nervio, nadie parece preocuparse de ello en este siglo diecinueve. Se contentan con describir los síntomas.

Charles Lasègue, un filósofo arrastrado hacia la medicina por Claude Bernard, deja para la posteridad el signo que llevará su nombre, pero sobre el que él nada ha escrito nunca. Sus estudios médicos no hacen mención del « signo ». Son sus alumnos quienes, tras su fallecimiento, describen en artículos de revistas o de tratados “el signo observado repetidas veces por el señor Lasègue en los enfermos afectos de neuralgia ciática”. Los puntos dolorosos descritos en la misma época por François Valleix, han inmortalizado el nombre de su descriptor.



Charles Lasègue (1816-1883)



Búsqueda del signo de Lasègue (1) Búsqueda del signo de Lasègue (2)

También Édouard Brissaud, habría merecido que las actitudes anormales del raquis llevaran su nombre, las llamadas escoliosis ciáticas provocadas por ciáticas intensas; ya que las describió con precisión, distinguiendo las escoliosis cruzadas (en las que la inclinación lateral del cuerpo se hace al lado contrario de la ciática) y las escoliosis directas u « homólogas » (en las que la inflexión lateral se hace del mismo lado que la ciática). Para Brissaud, la escoliosis cruzada se entiende bien ya que, dice « es la posición que por instinto adopta el enfermo para aliviar el miembro doloroso, desplazando el cuerpo al otro lado ». Por el contrario no entiende la escoliosis homóloga que le parece « paradójica » ya que carga todo el peso del cuerpo sobre el miembro doloroso. Brissaud no pensó en que esta inflexión lateral directa podía tener el efecto de relajar, distender el nervio ciático o sus raíces.

Con Brissaud, fallecido en 1909, se entra en los primeros años del siglo veinte y es entonces cuando aparece una especie de revolución en la comprensión de la ciática; un verdadero paso de gigante hará que el origen de la ciática pase del nervio ciático a las raíces del nervio ciático. Y esta evolución se hará en dos etapas que podemos llamar: a la primera “etapa Déjerine”, y a la segunda “etapa Sicard”.

La etapa Déjerine

La ciática, de enfermedad troncular a enfermedad radicular.

Jules Déjerine, Profesor Titular de la Cátedra Clínica de las Enfermedades del Sistema Nervioso en la Salpêtrière, en los primeros años del siglo, traslada el origen de la ciática del nervio a las raíces.

Habiendo observado que algunas ciáticas se acompañan de zonas de hipoestesia o de anestesia cutánea, Déjerine, que desde mucho tiempo se interesa en la topografía sensitiva de los nervios y de las raíces nerviosas, señala que en las ciáticas la distribución de las zonas de insensibilidad cutánea no se corresponde con los territorios que dependen del nervio ciático, sino a los territorios de las raíces del nervio. Estas anestias cutáneas no se disponen en capas amplias como lo hacen las anestias de origen troncular. Su disposición es en bandas longitudinales características, como demostró, a modo de como lo hacen las anestias de tipo radicular. Estas anestias dibujan los territorios de las raíces de la 5ª lumbar y de la 1ª sacra, tal como las dibujó en sus esquemas de la sensibilidad radicular.

A partir de ese momento la ciática no es neuralgia ni neuritis, es una radiculitis. La punción lumbar, en aquel entonces técnica novedosa, permitió que Dejerine encontrara una hiper-albuminosis en el líquido cefalorraquídeo en algunos casos. En ello vio la prueba biológica de la radiculitis.

Pero con el origen de esta radiculitis, Dejerine, tuvo menor suerte. Siguiendo la tendencia, frecuente en la época, en la que la sífilis atormentaba los espíritus, atribuyó la inflamación de las raíces ciáticas a la sífilis...y el aumento de la albúmina raquídea le parecía como a la mayoría de los neurólogos de su época una especie de marchamo de la sífilis nerviosa... hacía falta pues ir más lejos.

La etapa Sicard

Jean-Anselme Sicard, también médico neurólogo, no de la Salpêtrière, sino del hospital Necker, tendrá el honor de ser el primero en haber pensado que la afectación de la raíz ciática podía tener lugar fuera del saco dural, a la salida del agujero de conjunción. A esta parte extra-dural de la raíz nerviosa, Sicard la llama funículo. La radiculitis se convierte en funiculitis. Y respecto a la causa de esta funiculitis, Sicard (este es su gran descubrimiento) es el primero en tener la idea de buscarla en los elementos óseos y ligamentosos de la columna vertebral que rodean el funículo apretándolo de cerca.

Este doble desplazamiento de la responsabilidad, que se hace en algunos años (de 1915 a 1925), primero de la raíz intradural hacia la raíz extradural, y de allí hacia la columna vertebral, es la obra conjunta de un neurólogo, Sicard, que observa las ciáticas en el hospital Necker, y el Doctor Henri Forestier, médico termalista, que las observa en Aix-les-Bains.

Es por primera vez en 1918 con Sicard, que se presenta la ciática como una afección de causa vertebral. J. A. Sicard estaba sorprendido de que las gruesas raíces del nervio ciático (las más gruesas raíces del organismo), para salir del canal vertebral lo hicieran en canales osteo-ligamentosos particularmente estrechos. Piensa en especial en la 5ª raíz lumbosacra, muy voluminosa, que pasa por un canal lumbar de conjunción muy angosto. En un artículo de la Presse Médicale (1918) titulado: « Néurodocites et Funiculites vertébrales », expone su idea, según la cual, en una ciática la raíz L5 se encuentra irritada por modificaciones de congestión o inflamatorias, que afectan al «neurodoque»; dicho de otra manera, el canal óseo que sigue la raíz para salir del raquis.

Dos años más tarde, en 1920, Henri Forestier, junto con Sicard, sugiere que esta inflamación de la raíz en el interior del canal de conjunción podría provenir de una artritis (en sentido de artrosis) de la articulación interapofisaria posterior, que es la pared posterior del canal de conjunción. Este concepto se expone ampliamente en la tesis de Jacques Forestier, hijo de Henri Forestier, e interno de Sicard. En este estudio, la ciática se presenta oficialmente como una enfermedad de origen vertebral, originada por la compresión de la raíz ciática de las producciones artrósicas provenientes de la articulación intervertebral posterior.



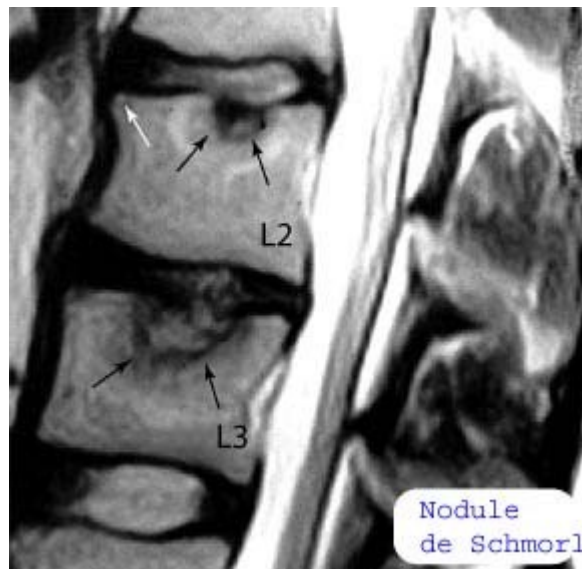
Jacques Forestier

Este concepto recibirá el apoyo de los trabajos del cirujano ortopédico italiano Putti, quien de 1920 a 1927, para defender esta nueva patogenia del dolor ciático se esforzará incansablemente en precisar la anatomía, la fisiología, y las lesiones patológicas de las articulaciones vertebrales posteriores.

Faltaba pues alcanzar una última etapa: la que consistía en mostrar que aunque el rol de las articulares posteriores en la patogenia de las ciáticas no debía despreciarse, existe el rol aún más importante de un órgano desconocido entonces por los médicos, es decir los anatomistas, que es el del disco intervertebral, que forma la pared anterior de los angostos desfiladeros por los que transcurren las principales raíces del ciático. La evolución de las ideas que conducen a este descubrimiento se prolonga casi durante veinte años, y puede contemplarse en varias etapas.

Del condroma a la Hernia Discal

Primera fase: la que podemos llamar etapa de las parálisis de la cola de caballo por condroma del disco intervertebral. Entre 1920 y 1928, neurocirujanos de los que recordaremos los nombres de Ott y Anderson (dos condromas del disco lumbar), y de Elsberg (siete condromas cervicales), operando pacientes afectados de parálisis de la cola de caballo encuentran una lesión extradural adherida al disco intervertebral, de consistencia fibrocartilaginosa que interpretan como un tumor benigno del cartílago: un condroma.



Segunda fase: la del reconocimiento de la hernia del disco intervertebral. En 1928, dos autores franceses, un neurólogo, Alajouanine, de la Cátedra de la Clínica de las Enfermedades del Sistema Nervioso en el Salpêtrière y un neurocirujano Petit-Dutaillis reconocen en el pretendido condroma a la hernia del disco intervertebral tal y como la describen en el cadáver los anatomistas de la Escuela de Dresde, Schmorl y su alumno Androe. Alajouanine y Petit-Dutaillis leyeron los trabajos anatómicos de Schmorl. En dos de sus operados encontraron al pretendido condroma; señalan el estrecho parecido que existe entre estos nódulos blanquecinos que están junto al disco y las imágenes de hernias posteriores del disco intervertebral tal y como aparecen en el libro de Schmorl.

A partir de ese momento reemplazan el término de tumor del disco por el de nódulo fibroso de la parte posterior del disco. Dos años más tarde, en 1930, agrupando 3 casos personales con 21 casos entresacados de la literatura establecen basándose en pruebas irrefutables que estos pretendidos condromas del disco operados por los neurocirujanos y las hernias posteriores del disco intervertebral encontradas por Schmorl y Androe en cadáveres de su instituto anatómico, no son más que una misma lesión. No es un tumor del disco sino una parte de la sustancia prolapsada en el canal raquídeo de ese mismo disco. Esta parte herniada es el núcleo pulposo.

Se debe pues a Alajouanine y a Petit-Dutailis el honor de introducir la hernia del disco intervertebral en la patología del sistema nervioso por primera vez. Pero apoyándose en una de sus observaciones, estos mismos autores hacen otro descubrimiento tan importante como el primero. Uno de sus pacientes no presentaba (como los demás) una paraplejía por compresión global de los nervios de la cola de caballo. Esencialmente sufría una ciática que parecía banal, con la diferencia de que un análisis neurológico extremadamente fino permitía descubrir además de la ciática, una ligera afectación motriz, sensitiva y esfinteriana, que permitían hablar de un hemi-síndrome de la cola de caballo. Pero de hecho, y a pesar de todo, era una ciática.

Era un descubrimiento importante. Se probaba por esta observación princeps (Alajouanine et Petit-Dutailis) que una hernia posterior del disco intervertebral puede provocar una paraplejía pero también ser la causa de una ciática parecida a la ciática banal.

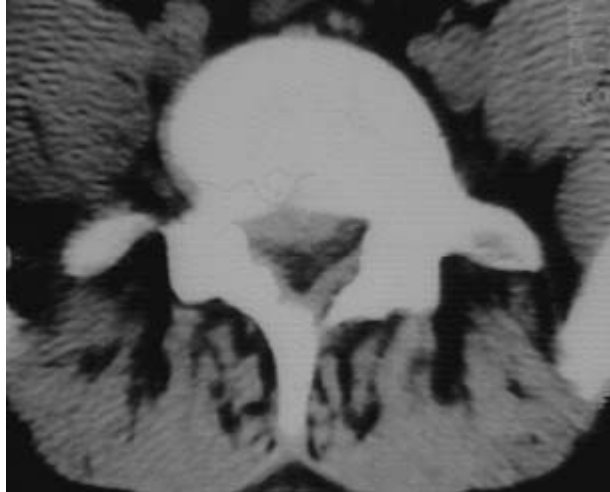
Aunque ¡atención! (dicen los autores): si puede simular una ciática banal, estrictamente no lo es, y es muy importante distinguirlas, ya que su pronóstico es infinitamente diferente en cuanto a la gravedad; si no se opera rápidamente, la compresión (según Alajouanine y Petit-Dutailis) se agravará inexorable y progresivamente; o con crisis entrecortadas con falsas remisiones; para acabar final y fatalmente en una severa parálisis con trastornos de esfínteres irreversibles.

La tesis de Mauric en 1933, también escrita en la Salpêtrière bajo la inspiración de su maestro Alajouanine, apunta sobre este tema. La ciática por hernia discal posterior se presenta como una nueva causa más bien rara de ciática sintomática por compresión intravertebral. Es la falsa ciática la que el médico debe reconocer para no confundirla con una ciática ordinaria ya que en este último caso hay que operar rápidamente antes de que provoque graves desórdenes motores o esfinterianos.

Las publicaciones de Alajouanine y Petit-Dutailis llamaron la atención de los neurocirujanos de los Estados Unidos que se lanzaron por esta línea abierta con el dinamismo y la eficacia habituales de los americanos. De 1930 a 1939 harán con el concepto de ciática por hernia discal un progreso sorprendente. Ayudándose del lipiodol-diagnóstico inventado por Sicard, del cual modifica la técnica para adaptarlo a la busca de las hernias discales, los neurocirujanos americanos, Barr, Mixter, Spurway, Lowe, Camp junto a otros, descubren que la ciática por hernia discal posterior, lejos de ser una rara afección, es frecuente, de manera que número de sus operados aumenta vertiginosamente año tras año: Lowe opera 500 casos en 1940.

No obstante, como Alajouanine y Petit-Dutailis, estos neurocirujanos americanos insisten en que estos dolores debidos a una compresión por hernia discal no deben ser confundidos con la ciática común y con la neuralgia ciática ordinaria, que deben seguir perteneciendo a la patología reumatológica.

En el tratado de Lewin, un clásico en Estado Unidos, titulado «Backache and sciatic neuritis» encontramos aún en la edición de 1944, el estudio aparte de la hernia discal en el capítulo XXIX y de la ciática en el capítulo XXI en el que se citan las causas por infección, por intoxicación, por avitaminosis, por diabetes, por artritis posteriores, por enfriamiento; pero no por hernia discal posterior.



Faltaba pues superar la tercera fase: la que consiste en reconocer que ciática discal y ciática «a secas» no son más que la misma enfermedad, que una y otra no son más que la expresión común de lo que hemos llamado conflicto disco-radicular. Es decir, mostrar que la compresión o simplemente la irritación de las raíces L5 o S1 por el disco intervertebral no es tan solo la causa de un cierto número de ciáticas severas de pronóstico particularmente grave que hay que operar obligatoriamente bajo pena de parálisis grave; sino que este mecanismo también interviene de manera no constante, pero sí habitual) en el origen de la ciática primitiva, o esencial, o reumática.

Instruido por una basta experiencia en la inexactitud de las búsquedas bibliográficas y por la vanidad de las querellas de prioridad, diré aquí, que salvo prueba en contrario, pienso haber sido personalmente el artífice, quizás incluso el principal artífice de esta última etapa.

En un trabajo preparado en el Salpêtrière donde era asistente de Lévy-Valensi acabado el periodo militar durante la «drôle de guerre», procuramos las pruebas de la identidad esencial de la ciática discal y de la ciática común. Estos dos artículos se titulaban: el primero «La ciática llamada banal esencial o reumática, y el disco lumbosacro» (publicado en la Revue du Rhumatisme de diciembre de 1939), el segundo titulado «Ciática banal y discos lumbosacros» (esta vez en plural) publicado en “la Presse médicale” el 10 junio de 1940. Dos fechas evidentemente mal escogidas para facilitar la difusión internacional de un trabajo francés. En estos dos trabajos se demostraba, pienso que por primera vez, que ante cualquier planteamiento, fuera clínico, radiológico, evolutivo, u otro, no se podía encontrar un elemento que permitiera oponer la ciática común y la ciática discal como dos enfermedades esencialmente diferentes, y que todo incitaba a unirlas, es decir, integrarlas en el cuadro que entonces vinimos en llamar el conflicto disco-radicular.

Esta concepción, a despecho de algunas resistencias, se aceptó en general entre el conjunto de los reumatólogos y los neurólogos. Durante la guerra y en la post-guerra se hizo rápidamente habitual el considerar al conflicto disco-radicular como causa más frecuente de la ciática. Ello comporta dos elementos: una irritación mecánica de origen discal, y una reacción inflamatoria de la raíz irritada. Según los casos el conflicto puede situarse en el último disco lumbar,

el disco L5-S1 afectando la primera raíz sacra S1, o en el disco anterior L4-L5, afectando entonces la quinta raíz lumbar. Es un conflicto de gravedad variable según la importancia respectiva de la agresión discal y de la inflamación radicular. La solución para este conflicto es habitualmente médica, pero precisa de la intervención del cirujano en las ciáticas rebeldes que resisten a varios meses ante un tratamiento médico bien llevado.

Está claro que los estudios y los progresos no se detienen aquí. Durante los decenios siguientes aparece una semiología clínica y radiológica cada vez más precisa, enriquecida con algunos nuevos signos como los que nosotros hemos descrito con el nombre de “el timbre” y el signo del “bostezo discal electivo”, simple o provocado, permitirá fácilmente en la mayoría de los casos hacer el diagnóstico de ciática disco-radicular y localizar el conflicto con los únicos datos de la clínica y de la radiografía vertebral.

Las ciáticas no discales

No obstante, para el diagnóstico de los casos difíciles, aquellos de localización incierta, aquellos en los que el origen discal es dudoso, el progreso de las técnicas de opacificación proponen medios de contraste cada vez más manejables y mejor tolerados; al lipiodol, al discolipiodol, al methiodal, al dimer, les sucede finalmente el amipaque actualmente en uso. Se proponen nuevas técnicas de opacificación, con mayor o menor éxito: discografía, nucleografía.

Pero el futuro parece pertenecer a la tomografía, llamada también scanner, en espera que este maravilloso invento ceda paso a la resonancia magnética nuclear. Dos fantásticos inventos no solo porque son métodos «no invasivos» sin introducción de sustancias extrañas en el saco dural, recomendados por su total inocuidad, no comportan dolor ni complicaciones, y permiten una exploración; sino también porque permiten una exploración global de la zona dando a la vez una imagen de las raíces nerviosas del ciático, del espacio peridural por donde transcurren, del disco intervertebral que las amenaza por delante y de las articulaciones vertebrales posteriores que las amenazan por detrás.

Con estas nuevas técnicas de exploración se verá facilitada la solución del viejo problema que consiste en medir con exactitud, en cada caso de ciática, la responsabilidad proveniente del disco intervertebral por delante y las anomalías intervertebrales posteriores por detrás.

En los años de post-guerra la importancia de los descubrimientos del papel del disco intervertebral en la patogenia de había dejado en un segundo plano el papel que podían tener las articulares vertebrales posteriores con formaciones artrósicas en algunas ciáticas. No es que fueran desconocidas, ya que en los años 20, Henri y Jacques Forestier, Sicard, en Francia, et Putti, en Italia, habían subrayado su importancia.

Nosotros mismos las habíamos estudiado en varias ocasiones durante un trabajo sobre la artrosis posterior provocada por las hiperlordosis femeninas de la post-menopausia. Pero para que los médicos franceses se volvieran a interesar en ellas fue preciso que las ciáticas por artrosis posterior volvieran desde Inglaterra y América con el nombre de “facet-syndrome”, o con el

nombre de “estenosis del canal raquídeo lumbar”, o incluso con el de “canal lumbar estrecho”.

Digamos a continuación que no reconocemos los canales estrechos congénitos, a los que Verbiest dedicó numerosos trabajos, como causa de ciática (quizás como una incierta y vaga causa predisponente).

Por el contrario, hay que tener en cuenta esos estrechamientos adquiridos en las zonas inter-disco-articulares L4-L5 y L5-S1 de Latarjet et Magnin, que normalmente son relativamente estrechos. Estrechez que puede aumentar bajo la influencia de la edad y la hiperlordosis, por la hipertrofia de las articulares posteriores de forma aislada o asociada a las protusiones disco-osteofíticas de origen disco-artrósico. Estos estrechamientos adquiridos por lesión de la pared anterior, de origen articular, y de la pared anterior, de origen discal, pueden afectar un solo nivel disco-articular, pero pueden extenderse a varios niveles lumbares; en este último caso a veces aparece una evolución clínica particular en forma de verdadera claudicación radicular intermitente.

La exploración con scanner tiene entonces una importancia especial, ya que muestra (mejor que la disco-radiculografía opaca o gaseosa), con precisión la extensión en altura y amplitud de las estenosis. Y muestra lo que le sucede al disco y a las estructuras posteriores. El scanner le permite al cirujano prever al mismo tiempo la importancia de las resecciones óseas que serán necesarias para devolver el espacio vital a las raíces.

Completados nuestros conocimientos de la ciática, ¿hemos agotado el tema y podemos acabar el estudio?

Ciertamente, no; aunque solo sea por los estudios radiológicos y exploraciones quirúrgicas relativamente frecuentes que siguen siendo negativas a pesar del empleo de las técnicas más avanzadas, incluso en manos de los radiólogos y cirujanos más expertos.

Ello nos obliga a dejar abierto el estudio de las ciáticas no discuales que no muestran más que una artrosis hipertrófica de las articulaciones posteriores.

Conclusión

En conclusión, aquí mismo, entre estos viejos edificios del hospital de la Salpêtrière, neurólogos pertenecientes a cuatro generaciones sucesivas han hecho lo que han podido para esclarecer los misterios de los dolores ciáticos. Han visto cosas interesantes, pero ciertamente, no lo han visto todo.

Nuestros más jóvenes colegas, que hoy festejan con nosotros el Centenario de la Clínica de las Enfermedades del Sistema Nervioso, aún tienen cosas que descubrir, les deseamos buen trabajo y buena suerte.
