

Nuestra tenotomía del apicotransverso

Dr. ALFREDO FRANCISCO GUERRINI*

Resumen: Se presenta el resultado alejado de una técnica quirúrgica personal, la tenotomía lumbar percutánea (TLP), realizada en 120 pacientes afectados de lumbalgia rebelde y lumbociática irritativa con síndrome apicotransverso de Sturniolo (SAT).

La elevada frecuencia hallada en enfermos portadores de este síndrome en raquialgias bajas con o sin irradiación y la mejoría del cuadro al actuar sobre él, hacen de la zona en el extremo de la tercera transversa lumbar un sustrato anatómico-biológico "secundario" que interactúa sobre el factor "primario".

La característica de la intervención propuesta minimiza la técnica pregonada a cielo abierto por el citado autor argentino.

La eficacia de la intervención técnica fue evaluada en el tiempo con controles alejados con un promedio de 11,8 años (rango entre 10-14). Los resultados fueron: buenos 35,5%, regulares 44,5% y malos 20%. La satisfacción del usuario llegó al 61,2%.

La sistematización de la intervención se realizó en el anfiteatro y morgue, confirmando su viabilidad e inocuidad con una numerosa casuística.

La elección del paciente se hizo por el

test de bloqueo de Sturniolo y cuando la infiltración positiva debía repetirse.

La técnica de la TLP fue empleada en el 20% de los enfermos con SAT.

El tratamiento fue complementado con métodos fisiátricos de kinesioterapia, relajación y facilitación muscular abdominopinal. La prevención de las recidivas fue beneficiada por posturas adecuadas en las actividades de la vida diaria.

Las patologías mayores objetivadas (8%) siguieron su tratamiento quirúrgico etiológico, teniendo una evolución exitosa sólo en un 50,6%, con mejoría cuando se les asoció la TLP en un 65,1%. Estos resultados ofrecen un marco de referencia a nuestra casuística, para ubicar el beneficio de la técnica presentada.

Summary: The follow-up of 120 patients treated by lumbar percutaneous tenotomy (LPT), a surgical technic originally described by us, in persistent lumbalgia and irritative lumbociatalgia or Sturniolo's syndrome of the apicotransverse (SAT) are presented.

The surgical technic described avoids the open surgery recommended by Sturniolo.

The follow-up was of 11.8 years (from 10 to 14 years) and the results rated as: good: 38.5%, fair 41%, bad 20%.

61% of the patients were satisfied with the results of treatment.

Candidates for the procedure were chosen by local anesthetic blocks, and those who needed a second one were

* Profesor Libre de Ortopedia y Traumatología, UNLP, Sanatorio La Plata, calle 55 Nº 726, (1900) La Plata, Provincia de Buenos Aires.

operated. Physiotherapy and physical therapy, were used as complements of treatment relapses were prevented by body control during activities of daily living.

INTRODUCCION

La elevadísima frecuencia con que el síndrome apicotransverso (SAT) —dolor palpatorio a la presión digital en el extremo externo de la tercera transversa lumbar— está presente en lumbalgias recidivantes y lumbociáticas irritativas, lo hacen de la más alta incidencia, por lo que nos motiva en la búsqueda de su tratamiento y delimitación de su alcance.

Aceptando su secundarismo, la experiencia nos mostró un contingente numeroso de enfermos beneficiados por su terapia local.

En publicaciones anteriores¹⁴ cuestionáramos el concepto simplista, organicista etiológico primario de las lumbopatías con o sin irradiación, al no constatar en estos enfermos, en el control alejado, una relación causa-efecto ante la liberación compresiva de intervenciones quirúrgicas mayores un efecto beneficioso uniforme y sostenido.

La operación descrita actúa sobre elementos patológicos existentes demostrados por Sturniolo en sus biopsias²⁵, conformando en nuestra experiencia un sustrato anatomobiológico cuya terapia regional beneficia la patología del raquis lumbar bajo.

La presencia iterativa de una zona limitada dolorosa, que Cyriaux llamara "zona prohibida"¹⁶ y que posteriormente Sturniolo sistematizara como síndrome apicotransverso²⁶, como dijéramos, nos llamó significativamente la atención desde 1964.

El autor argentino regló su terapéutica en base a dos técnicas: la incruenta infiltrativa y la cruenta, con lo que concebimos una posibilidad intermedia que mantuviera el efecto prolongado de la segunda y la versatilidad o practicidad de ejecución del bloqueo anestésico.

Motivados así por la búsqueda de una técnica que rompiera el círculo vicioso patogénico, contractura-dolor-dolor por contractura, realizamos por primera tenotomía lumbar percutánea (TLP) desde 1969¹³.

La infiltración en la región²⁶ produjo francas curaciones, razones importantes para aceptar su participación en la etiopatogenia del amplio síndrome lumbociático.

Las lumbalgias recidivas sin compresión radicular significativa, descartadas entonces con radiculografías las más de las veces, tienen su mejoría importante con la liberación cruenta a cielo abierto del AT, por lo que creímos, mediante los estudios anatómicos de la zona, lograr similares beneficios en forma percutánea.

De ahí que la TLP busca sintetizar la técnica descrita por Sturniolo²⁵ sin variar significativamente sus fundamentos, pero sin configurar una intervención de mayor alcance como la operación a cielo abierto propuesta por el citado autor.

El tratamiento realizado apunta principalmente al síndrome vertebral lumbar que, aunque denominado secundario, lo hemos visto tener un efecto directo, comportándose como acción primaria.

MATERIAL

La presente comunicación sintetiza el análisis casuístico documentado prospectivo y luego retrospectivo de 980 casos de una muestra de pacientes de la patología que nos ocupa, atendidos entre los años 1969 a 1974, donde se realizaron 120 TLP (Fig. 1), y 700 infiltraciones con sus variantes (Figs. 2 y 3) a portadores del SAT, valorados como diagnóstico y resultado terapéutico inmediato y mediato.

La incidencia del sexo fue: masculino 639 (69%) y femenino 287 (31%).

Edad promedio 36,5 años, rango 20-65 años.

Fueron incluidos en esta serie pacientes con espondiloartrosis de mínimo grado y con malformaciones congénitas menores como lumbarización y sacralización de

CASISTICA, INCIDENCIA SEGUN SEXO Y TIPO DE TENOTOMIA



Cuadro clínico: leve 25%; moderado 60%; severo: 15%

Fig. 1. Detalle de los 120 enfermos en los que se realizó TLP.

RESPUESTA EN LOS 700 CASOS INFILTRADOS (O:72%; Q:28%)

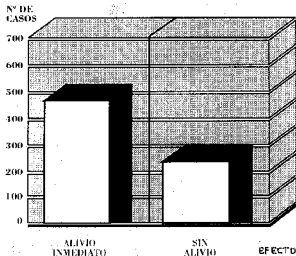


Fig. 3. Tratamiento no quirúrgico de esta casuística. Respuesta en los 700 casos infiltrados.

quinta o espina bífida con escasa manifestación radiográfica.

El umbral o percepción dolorosa condicionaron terapéuticas diferentes que am-

ALIVIO INMEDIATO EN 500 CASOS DE S.A.T. (VARIANTES EVOLUTIVAS)

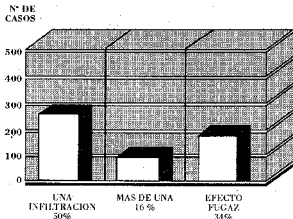


Fig. 2. Tratamiento no quirúrgico de esta casuística. Alivio inmediato en 500 casos de SAT (variantes evolutivas).

plían el campo de la ortopedia con métodos de relajación, brindando un alivio significativo.

La referencia de valoración del dolor subjetivo es considerada en este trabajo por la autovaloración con referencia al padecimiento previo, para poder cuantificarlo.

METODOS Y TECNICAS

Hace más de tres lustros iniciamos la tarea prospectiva, luego de su planificación, dándola por terminada en 1974, evaluando a distancia los resultados retrospectivos obtenidos con la TLP (Fig. 4).

Nos han resultado laboriosos los controles alejados, los que terminaron en gran parte siendo domiciliarios y personales, por la escasa respuesta a otros medios.

La experiencia piloto o primer paso del diseño experimental de este trabajo fue una certificación diagnóstica frente a la terapéutica clásica de las grandes intervenciones quirúrgicas del raquis lumbosacro. En ella se buscaba detectar la lesión primaria con

TIEMPO TRANSCURRIDO EN EL CONTROL DE FANTASMA CASÍSTICA



Fig. 4. Follow-up, a diferencia de tiempo transcurrido, de los controles alejados.

una precisa documentación clínica neuro-ortopédica —donde se destacó el SAT— con radiografías simples y contrastadas, cotejándolas luego con los hallazgos operatorios.

No realizamos entonces TAC ni RMN, ya que esta experiencia fue publicada en 1967¹² y 1974¹⁴.

La nueva técnica quirúrgica, que busca simplificar la descripta por Sturniolo, fue realizada en el anfiteatro y morgue.

La TLP impone el conocimiento de los planos anatómicos que circundan la corta distancia a recorrer bajo el reparo certero de la apófisis transversa de la tercera, a la que se deberá volver a reconocer en el trayecto con el bisturí de hoja fija o la infiltración anestésica cuando fuera necesario como aval de seguridad.

La inserción ventral al reparo óseo que realizan los músculos cuadrado, lumbar y psoas, son la pared protectora del contenido retroperitoneal.

Bloqueo anestésico o test del SAT de Sturniolo

Lo realizamos con el enfermo en decúbito ventral, ortopedista del mismo lado a infiltrar, su mano isolar se introduce en el flanco del enfermo, apoyando el dedo

índice debajo de la última costilla y dedo anular encima de la cresta ilíaca.

Por fuera de la masa común, presionando hacia abajo el dedo medio, se palpa el ápice de la tercera transversa lumbar, produciendo dolor al proyectarlo hacia medial y ventral.

Con bolígrafo marcamos los reparos alejados hacia craneal y lateral, para poder pintar con antiséptico en la intersección de las líneas distantes, zona de entrada de la aguja.

Hecho el habon dérmico introducimos la aguja con su jeringa con una orientación cercana a los 50 grados respecto del plano horizontal.

Infiltramos con xilocaína al 2% 4 cc alrededor del vértice de la transversa.

El promedio de las infiltraciones previas a la TLP en esta casuística fue de 2,5 con el rango de 2-5.

Las aplicaciones las espaciamos cada cinco días, siendo contiguas en grupos de dos a tres dosis, diferidas en otros casos.

Advertimos al enfermo la exacerbación del dolor postinfiltración cercano a las doce horas, como se cita en la bibliografía, atribuido al pH de la xilocaína, hallándose en un 61% de los casos. El alivio del bloqueo es unilateral.

Hemos hallado más francamente positivo el SAT en posición de débito ventral que en actitud de pie.

En muchos cuadros lumbálgicos las manifestaciones del SAT son escasas, pero el efecto beneficioso del bloqueo anestésico fue real.

La indicación de la TLP en el diagnóstico preciso del SAT está basada en la clínica y respuesta al bloqueo anestésico del foco, con estudios complementarios progresivos. La evaluación diagnóstica terapéutica excluye mediante la EMG, velocidad de conducción, electrodiagnóstico, radiculografías o mielografías (no en esta serie la TAC ni RMN).

Se incluyen los sufrimientos radiculares primarios que tienen su etiología en las cercanías del conducto vertebral y cuyo signo clínico fundamental es la exacerbación dolorosa a la palpación paraespinal.

Un elemento diagnóstico fundamental fue la radiografía, hecha con Conray 60 y Dimer X.

Cuando la compresión no es significativa en la radiografía contrastada hidrosoluble, nuestra técnica alcanza su indicación y es donde el éxito alcanza valores del 80%. Interpretamos que en un canal amplio es posible la migración herniaria y deshidratación posterior, luego de superado un período agudo de significativa sintomatología.

En esta serie, como señaláramos en el gráfico (Fig. 1), realizamos 700 infiltraciones y 65 radiculografías con contraste hidrosoluble, habiéndonos familiarizado con la técnica en 1970 con el Prof. Pancini, de Firenze, Italia.

El valor que dimos al estudio es el de definir entre una exploración radicular o el tratamiento mediante la TLP con el complemento fisiokinésico y profiláctico correspondiente.

Observamos radiculografías normales con padecimiento radicular lumbosacro. De ahí que debe explorarse clínicamente el dolor paraespinal e interespinal alto, por encima de la región, para descartar la compresión elevada que comience con manifestaciones de un síndrome radicular bajo, que nos obligue a optar de entrada por una mielografía con el amplificador de imágenes.

En un trabajo previo¹⁴, la concordancia existente entre los hallazgos operatorios y las imágenes radiculográficas alcanzó el 85%. Siendo el método diagnóstico con que contábamos en esa antigua casuística.

Las indicaciones principales de la TLP fueron cuando la franca mejoría de la infiltración es breve o cuando el cuadro recidiva (Fig. 2).

TACTICA DE LA TLP

Preoperatorio

Análisis de rutina; reumatograma, glucemia, orina completa, coagulograma integral.

Ayuno previo de tres horas.

Premedicación: diazepam o benzodiazepinas.

Instrumental

I. Para anestesia local empleamos dos jeringas de 10 cc, aguja 100.08 bisel largo.

II. Para peridural, aguja de tal fin.

III. Tenótomo recto o acodado de hoja fina y hoja de bisturí 24 o bisturí de hoja fina y larga.

IV. Clavo de Kirschner de 2-mm como elemento explorador de reconocimiento de la transversa en obesos, o luego de la incisión puntiforme, cuando no contamos con aguja exploradora, por haber usado anestesia peridural, la que se aplicará dos espacios por encima de tercera lumbar o de la zona a exponer, posibilitando la TLP bilateral.

Técnica quirúrgica

Enfermo en decúbito ventral.

Reconocimiento topográfico similar al bloqueo anestésico.

Lograda la anestesia, con bisturí común, hacemos la diéresis de piel y Tc. que permite la entrada del tenótomo o bisturí de hoja fina, el que reconoce nuevamente la apófisis transversa, rodeándola con su borde cortante en su extremo sin irse a gran profundidad, percibiéndose las secciones musculotendinosas.

Puede ejecutarse la tenotomía con ambas manos sobre el mango para mayor precisión a la excursión de la hoja como aporte pensante.

Dado la fuerza que debe realizarse, ante cualquier duda topográfica el tenótomo debe volver a reconocer la transversa. El trayecto exacto es de 8 mm por dentro del extremo óseo, sobrepasando 3 mm, descendiendo verticalmente para continuar el corte inferior (Fig. 5).

Debemos tener cuidado de sobrepasar sólo escasamente el plano frontal o cara ventral de la apófisis transversa. Extraído el elemento de diéresis, con una gasa doblada se hace presión sostenida hasta

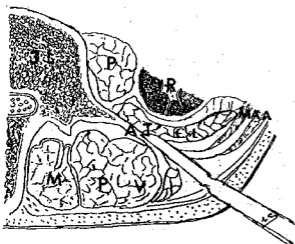


Fig. 5. Técnica quirúrgica.

observar que ha cesado la hemorragia, la que a veces es a tensión.

Una gruesa tela adhesiva sujeta a tensión una nueva gasa grande. No realizamos sutura alguna de piel.

El enfermo realiza reposo postoperatorio en cama, comenzando a deambular a las 12 horas cuando existe una buena tolerancia a los ejercicios musculares abdominales y espinales, los que serán alternados con ejercicios de relajación. Analgésicos orales.

Las medidas terapéuticas serían incompletas si no se implementara un programa de protección del raquis, ya que la reparación quirúrgica resuelve una instancia aguda de la columna lumbar baja sufriente, quedando una labilidad a las exigencias extremas.

El plan de rehabilitación futura debe apuntar a un efectivo control de ciertos hábitos como: posturales, psicofísicos y alimentarios culturales.

Se busca proveer al enfermo de una defensa contra el exceso de tensión nerviosa llamada "reacción de relajación"³, haciéndolo cambiar como equivalente de la reacción de alarma patológica, en una respuesta de relajación.

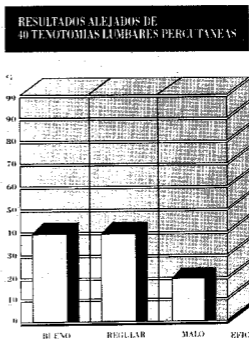
La falta de uso, así como la excesiva acción o tensión —sin recuperación— de la musculatura que estabiliza la columna, lleva a la atrofia o fibrosis, alterando significativamente la estructura de sostén.

El enfermo que acusa el cuadro lumbar luego de un esfuerzo prolongado y es aliviado por el reposo, puede recidivar la sintomatología si carece de profilaxis.

Se proscribirán los esfuerzos con el raquis en flexión; ante una exigencia impostergable la fuerza debe ejercerse sobre las rodillas y las caderas, las que estarán en flexión (mayor estabilidad), separando ambas piernas, evitando presiones bruscas en el raquis. La sedestación no debe ser prolongada como todas las posiciones fijas, patas de la silla acorde con la longitud del enfermo, respaldar alto y vertical, con posibilidad de extensión cervical.

TOLERABILIDAD

La técnica completa descrita fue de muy buena tolerancia: rechazo operatorio en un 13,2% y en el postoperatorio 11,7%. La satisfacción del usuario fue del 61%.



Según alivio doloroso, mejora funcional y detención de recidivas

Fig. 6. Resultados de la TLP, análisis discriminativos de sus variables.

RESULTADOS

En la Figura 6 se hace un análisis discriminativo de los resultados de la TLP.

COMPLICACIONES

Cuando comenzamos la realización de la técnica empleábamos un bisturí de hoja desechable que, por ser desmontable, tuvimos su pérdida en la profundidad del campo operatorio, siendo rescatada con el intensificador de imágenes, al igual que en otro caso en que se produjo la ruptura. Luego de estos accidentes usamos siempre bisturí de hoja fija.

En dos casos tuvimos hemorragia, que fue controlada sin abrir el campo. Exigimos un coagulograma riguroso preoperatorio con definidas características de normalidad.

DISCUSION

Como marco de referencia citamos anteriores publicaciones sobre el tema^{12, 14}, donde hallamos, en un exigente control alejado de las técnicas quirúrgicas mayores clásicas, un resultado exitoso en sólo un 50% de los casos controlados, por lo que nuestro actual registro, algo mayor —aunque no infalible—, justifica su realización.

La relación causa-efecto, disco-raíz no fue tan categórica, como dijéramos, por lo que la unicausalidad nos resulta un factor simplista incompleto.

El disco enfermo en el síndrome primitivo de Sturniolo lo hemos visto expresarse bilateralmente, pero con un punto espinal o paraespinal más manifiesto. Son éstos los casos en que estamos obligados al estudio mielográfico o radiculográfico (TAC) que descarte no sólo una discopatía sino también una compresión tumoral.

Al alejarnos de los puntos locales, sitios de única anatomía patológica clásica, dejamos la denominación de lumbociática

disca para abordar la terapéutica del enfermo de un síndrome lumbociático que sólo requiere, a veces, las técnicas quirúrgicas mayores.

Fue en los controles de las laminectomías donde vimos de manifiesto las limitaciones de una técnica que tantas satisfacciones inmediatas depara, teniendo muchas veces el valor de un tratamiento sintomático.

CONCLUSIONES

Al presentar nuestra técnica quirúrgica basada en los conceptos de Sturniolo con sus resultados a distancia, se expone su originalidad, buscada con la minimización operatoria, mostrando sus ventajas de inocuidad, rapidez, simpleza, bajo costo y eficacia.

Cuenta la TLP, en su limitada exposición de tejidos, con reparos anatómicos suficientes, no llevando el riesgo de las intervenciones mayores.

Esta técnica quirúrgica extraradicular es pasible de éxito por el desplazamiento de la compresión en un canal vertebral amplio donde puede migrar y reabsorberse.

El pronóstico de la lumbociática está ligado a un control dinámico integral y reiterado con sus auxiliares diagnósticos que aconsejan diagnósticos específicos.

Con la técnica descrita hemos comprobado curaciones (35,5%) que justifican el detalle teórico descrito, fruto de una actividad programada prospectiva y retrospectiva que nos satisfizo (R: 41,5%; M: 20%).

En nuestras manos la TLP es un método terapéutico útil con sus indicaciones precisas, conscientes de que frente a una afección de tan variada etiopatogenia no podemos ofrecer una única solución.

La TLP concomitante con una exploración radicular por discopatía disminuyó francamente las lumbalgias residuales post-laminectomía.

Cuando el cuadro nosológico tenga la gravedad y duración de una conducta más

activa, ésta no debe dilatarse, como en el caso de las lumbociáticas paralizantes, que deben ser exploradas de urgencia para evitar lesiones irreparables por el daño vascular medular.

Aceptamos que el cuadro es más importante no sólo cuando más intensivo es su comienzo, sino también cuando éste se mantenga reactivo a la mejoría con una medicación integral.

Cuando un cuadro clínico significativo es acompañado por una radiculografía positiva, recurrimos a la laminectomía, siendo la TLP sólo un complemento secundario que actuará sobre la lumbalgia residual.

La estabilidad vertebral estará dada por los músculos abdominales y espinales en su mejor forma, constituyendo un corsé muscular fisiológico luego del estímulo fisiokinésico y relajación complementaria.

Si bien estas premisas poseen un valor biopsicológico general, no se debe menospreciar la importancia de las variantes individuales personales o constitucionales.

El alto porcentaje de alivios alejados (61,5% satisfacción del usuario) nos hace recomendar esta nueva posibilidad terapéutica específica previo estudio consignado.

BIBLIOGRAFIA

- Alberg J: Evaluation of the advanced back pain rehabilitation program. *Spine* 9 (3): 317, 1984.
- Beckett-Howorth: Tratamiento de pacientes con lumbalgia o ciática. *Acta Ortop Latinoam* VI (3): 183-203, 1979.
- Benson H: The relaxation response. W Morrow Co, New York, 1975.
- Biering-Sore: Physical measurement as risk indicators for low back trouble over a one-year-period. *Spine* 9 (2): 106.
- Cecchini M: Patología e clínica dello spazio epidurale spinale. Edizioni Firenze, 196.
- Cosentino R: Raquis. El Ateneo, Buenos Aires, pp 68-08.
- Cyriaux J: Text book of orthopaedic medicine; diagnosis tissue lesions. 1943, p 1395.
- Deffernis-Rospide y col: Lumbociática. Impresora Record, Montevideo, 1979.
- Dickman: Lumbociáticas rebeldes. XX Congr Arg Cirugía. Buenos Aires, 1949, p 199.
- Frymoyer JW: Psychologic factors in low-back pain disability. *Clin Orthop Rel Res* 195: 178-184, 1985.
- Fernández L: Puntos de vista. Lumbago-ciática. *Bol y Trab SAOT*, p 167, 1948.
- Fineschi G: Congr Latinoam O y T (Conferencia). Río de Janeiro, p 197.
- Guerrini AF: Lumbociática: etiopatogenia y sintomatología. *El Día Médico* XXXIX: 168-171, 1967.
- Guerrini AF: Tenotomía lumbax percutánea. *Soc Cirug La Plata* XXXI, V (2): 39-40, 1971.
- Guerrini AF: Una experiencia tabulada en el diagnóstico y tratamiento de la lumbociática. Resúmenes IX Congr Latinoam O y T, Buenos Aires, 1974, T I, p 100.
- Kelsey J: *Epidemiologist*. JBJS 61-A: 959, 1979.
- Knutsson B: Comparative values of electromyographic, mielographic and clinical neurological examinations in diagnosis of lumbar root compression syndrome. *Acta Ortopaedic Scandinavica*, Suppl 49, 1961.
- Lambre R: Comunicación personal. La Plata, 1959.
- Laus S, Cecchini M: Guida pratica de seneiologia radicolare. Ed Scientif Clin Ortop Univers di Firenze, 1966.
- Leikonen O: Low back pain and sciatica, with special reference to secondary lumbosacral insufficiency. *Acta Orthop Scand*, Suppl XL, 1959.
- Lequesne M: Les suites douloureuses a distance de la lombosciatique discale operée vaes par le rhumatologue. *Rev Chir Orthop et Réparat de l'Appareil Moteur* 68 (4): 226, 1982.
- Nwuga V: The significance of motor-point tenderness in patients with lumbar intervertebral disc protrusion. *Internat Orthop (SICOT)* 8: 47-50, 1984.
- Savitz D: Evaluation and treatment of chronic pain. *GM Aronoff*. Ed Urban and Schwarzeberg, 1985. Cap 3, pp 39-60.
- Syrjala KL, Chapman CR: Measurement of clinical pain: a review and integration of research finding. *Adv Pain Res Ther* 7: 71-101, 1984.
- Schächter S: Estenosis del raquis lumbax. Diagnóstico y tratamiento. *Rev AAOT* 51 (2): 93, 1986.
- Sturniolo P: Síndrome secundario de origen discal lumbax. Síndrome apicotraverso. *Bol y Trab SAOT* 4: 119-136, 1967.
- Sturniolo P: Síndrome apicotraverso. *Actas IV Congr Arg O y T, T III*, pp 782-793. Mar del Plata, 1963.
- Sturniolo PV: Polisindrómica lumbax orgánico-funcional por raquiloadaptación. *Acta Ortop Latinoam* 3: 303-316, 1976.
- Schulze J: Entrenamiento autógeno. 3ra ed. Editorial Científico Médica, 1969.
- Verbiest H: A radicular syndrome from developmental narrowing of the vertebral canal. *JBJS* 36-B (2), 1954.

COMENTADOR

Dr. FERNANDO B. PIQUE COVONE

Felicitemos al autor por el singular mérito, para nuestro medio, de haber preconizado, ejecutado y monitorizado los resultados de una técnica a lo largo de veinte años.

Hace ya varios años, volviendo de un viaje de estudios, entusiasmado por los resultados del bloqueo de Luschka a nivel facetar posterior, por fenolización o radiofrecuencias, se los comenté al Dr. Sturniolo. El, con su habitual bonhomía, luego de escucharme sin decir palabra, dibujó un árbol con su follaje, del que colgaban pequeños frutos. Entonces, luego de remarcar con un círculo uno de ellos, me dijo: "Yo me pasé la vida buscando el fruto que enfermaba el árbol y tú me vienes a decir que hay que talarlo".

Esa respuesta me hizo meditar acerca de cosechadores de frutos y leñadores, me permitió cristalizar conceptos y formularme preguntas, que a la lectura de este artículo revivieron.

El primer concepto está referido a la interpretación que, hoy cuando es motivo de primera consulta, damos a la lumbalgia no metamérica y al síndrome apicotransverso lumbar. Aceptando su secundarismo, como bien remarca el autor, nuestro primer enfoque se dirige más bien a la búsqueda del factor etiopatogénico primitivo —la discopatía o el síndrome facetar— que a la causa secundaria, en la convicción de que —tratando de no pecar de organicistas— solamente de la resolución del cuadro primitivo surgirá la solución del secundario.

Desgraciadamente el seguimiento que se hace en esta presentación (y que es encomiable por el esfuerzo que debió requerir) se refiere a una época (principios de los '70) en la que el diagnóstico de la discopatía requería, cuando menos, una técnica invasiva como es la radiculografía, que por sus implicancias era imposible de generalizar. Es probable que a ello se deba la pesimista cifra de un 50% de fracasos en la cirugía del disco intervertebral y la reiterada mención de laminectomía, al referirse a ella. Hoy las técnicas diagnósticas no invasivas, y aun las invasivas, han provocado un revolucionario cambio en la detección y determinación de la magnitud de la discopatía. Que llega al 95% de sensibilidad diagnóstica con las imágenes de resonancia magnética y aun al 97% con la asociación de discografía y tomografía

axial computada, y por ser o no invasivos, pero más inocuos, tienen un mayor espectro de indicación y por lo tanto de penetración dentro del estudio nosológico. Los gestos quirúrgicos también han mejorado desde la década del 70, en tanto y en cuanto se laminectomiza menos, porque se tiene un diagnóstico topográfico más preciso; se exploran mejor los forámenes; se desestabiliza menos; se estabiliza con indicaciones más precisas, mejores técnicas y menor temor; se exploran ambos lados; se buscan migraciones herniarias intraforaminales o un espacio más abajo; y todo aquello preconizado por autores entre los que, por nombrar algunos, se destacan Leoncio Fernández, Carlos Cabrera, en nuestro medio, y Ian Mac Nab en el extranjero. Todo lo antedicho conlleva al hecho de que, a mejor diagnóstico, mejor tratamiento de la causa primitiva, y entonces un pase a segundo plano o la desaparición de la sintomatología secundaria. Probablemente también es por ello que haga tanto tiempo que no se traiga este tema, la lumbalgia no metamérica, al seno de esta Asociación.

No estamos de acuerdo con la opinión del autor acerca de efectuar, como primera indicación, su tenotomía en hernias pequeñas con canal amplio. Acerca de este punto creo que, salvo la existencia de signos agudos de déficit motor, la indicación de necesidad más precisa de la cirugía radicular es el dolor de ese origen. Por lo tanto no hacemos especulaciones sobre ello: la presencia de discopatía comprobada por métodos sensibles del diagnóstico asociada a dolor es indicación de cirugía radicular.

Respecto de la técnica presentada por el autor en sí, creo que es un elemento más del arsenal terapéutico. El autor la presenta reglada para la época en que fue efectuada; hoy pienso que con un intensificador de imágenes se obviaría, por ejemplo, el Kirschner explorador que utiliza en algunos casos y se actuaría en forma más segura. Nunca la practicamos; sí en cambio hemos efectuado alguna tenotomía a cielo abierto, con la técnica de Sturniolo, que nos pareció un método seguro y confiable. Me gustaría reproducir, al respecto, un párrafo del

Dr. Sturniolo (Acta Ortop Latinoam III (3): 314, 1976) en el que comenta esta técnica: "En nuestro país, Guerrini nos trajo hace unos años su idea, que él practica, de efectuar la tenotomía a cielo cerrado, como método menos cruento y más económico. Nosotros la hemos practicado, con éxitos y fracasos; en varias oportunidades fracasamos y tuvimos que recurrir a nuestra intervención reglada a cielo abierto, intervención simple y segura. Creemos que la técnica a cielo cerrado podrá, incluso, mejorarse por laparotomía lumbar; que una cirugía simple, tanto como la más compleja, debe realizarse de modo que ofrezca el máximo de seguridad al paciente y al cirujano. Que no hay economía que justifique no prever riesgos de cualquier tipo, que resulten a la postre de un costo mayor o el fracaso de una terapéutica quirúrgica que, bien reglada, es por norma exitosa".

Creo de gran valor el seguimiento de los 700 pacientes tratados con infiltraciones, y sus buenos resultados con alivio en 500 casos (que alcanzan al 66% del total), con una o más aplicaciones, sobre todo si se tiene en cuenta lo difícil que resulta, en nuestro medio, tabular ese número de pacientes, todos ellos de consulta externa.

Finalmente, quisiera agregar que, pese a lo exiguo de comunicaciones bibliográficas sobre estos temas, la lumbalgia no metamérica es frecuente causa de consulta, que a veces no se detecta la causa primaria y que no siempre es fácil de resolver. Tanto es así que surgen o se reviven permanentemente nuevas técnicas diagnósticas (discografía, discomanometría) y terapéuticas (nucleotomías percutáneas, bloqueos facetales posteriores, etc.) dirigidas al diagnóstico y tratamiento tanto del síndrome primario como del secundario.

Para terminar, quiero agradecer a la AAOT esta designación y al auditorio su tolerancia.

DISCUSION

autor por el trabajo y en especial al Dr. Pi-qué por sus comentarios al mismo.

En 1981 presenté, conjuntamente con el Dr. Osvaldo Romano, en el XV Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Ortopedia y Traumatología (SICOT), en Río de Janeiro, un trabajo titulado "A propósito de 1.200 casos de lumbociatalgias", y nos llamó la atención, a partir de ese momento, el dolor lumbar residual, para lo que nos abocamos en la Cátedra I de Anatomía de la Universidad Nacional de La Plata, en la que me desempeño como Profesor Adjunto, al estudio del nervio sinovertebral de Lushka, presentando las conclusiones de dicho trabajo en las Jornadas Rioplatenses de Anatomía, notando justamente que sobre el tema existía escasa bibliografía anatómica. Observamos allí que el nervio sinovertebral estudiado en columnas dorsales y lumbares puede tener orígenes en los ganglios simpáticos, en los vasos comunicantes o en el mismo nervio raquídeo, siendo lo común la combinación de dos de estos nacimientos, hablando por supuesto del origen aparente del mismo.

El nervio lo describimos con una rama principal y ramas colaterales. La principal se distribuye por el ligamento vertebral común posterior y la cara posterior del disco correspondiente al agujero de conjunción; las ramas colaterales se dividen en colaterales cortas, que se distribuyen por el agujero de conjunción, y una colateral larga, que es la que destacamos, y la que se distribuye por la cara posterior del ligamento amarillo y por la apófisis transversa.

No pudimos seguir el trayecto hacia el vértice de la misma, sino encontrando que se distribuye por la base de la transversa.

Nosotros no tuvimos la suerte de ver tantos casos, a pesar de la gran cantidad de pacientes observados, de modo que nos parece que estamos en presencia de una patología no frecuente.

Felicito nuevamente al autor, pretendiendo con este aporte dar importancia al nervio sinovertebral de Lushka y su probable relación con el dolor lumbar.

Dr. Oscar Carlos Briones: Felicito al

Dr. Gregorio Arendar: Felicito al autor del trabajo y quisiera preguntar la opinión del mismo, si a la luz de los últimos trabajos de las Escuelas Sueca y Americana sobre evaluaciones seriadas de pacientes con síndrome doloroso lumbar no radicular tratados alternativamente y en forma randomizada con infiltraciones locales medicamentosas, infiltración de placebo y digitopuntura, obtuvieron los mismos resultados clínicos observables, él seguiría preconizando su técnica.

CIERRE DE DISCUSION

Dr. Alfredo Francisco Guerrini: Agradezco la participación del Dr. Piqué Covone. De sus comentarios debo aclarar que los controles alejados significativos fueron de valor en la TLP, elemento imprescindible para evaluar más objetivamente a una nueva técnica, la que no es confiable si sólo se la presenta en sus gestos quirúrgicos y resultados inmediatos.

Este estudio prospectivo lanzado hace más de quince años permitió comparar indirectamente las técnicas utilizadas antes, teniendo dentro de ese período su valor epocal. Las metodologías recientes exigirían para su confrontación un nuevo diseño y años por delante.

En este trabajo, la comparación se estableció con enfermos intervenidos con laminectomía clásica.

Las infiltraciones tuvieron un mediano seguimiento cronológico comparativo, llevándose a cabo en su mayoría alta laboral.

La técnica quirúrgica analizada, al reducir el tamaño del abordaje en lumbalgias rebeldes y lumbociáticas irritativas, tiene en esto plena actualidad (disectomía percutánea, microcirugía, quimionucleolisis, etcétera), donde se ha logrado precisión con los adelantos tecnológicos con menor diéresis tisural sana.

Es una buena idea, como sugiere el comentarador, el realizar la tenotomía bajo amplificador de imágenes, en especial en obesos; en nuestra experiencia, el reconocimiento de la tercera transversa durante intervenciones en enfermos normales no sirve de referencia confiable.

El Dr. Briones refiere no haber hallado con frecuencia el SAT, sin precisar el porcentaje de los inexistentes buscados.

Nuestra motivación por el tema comenzó por haberlo encontrado en el 72,2% en los enfermos con patología del raquis lumbar bajo con otro objetivo, cual era el de explorar su raquis por lumbociática irritativa o lumbociática rebelde. Existen mayores incidencias en las publicaciones sobre el tema. Reitero que la TLP se hizo sólo en un 19,4% de los SAT.

Las variaciones del nervio sinovertebral, que actualizara el SAT, están publicadas en numerosos artículos; sólo volveré a citar dos: el trabajo de Francisco Guerrini en 1946 (que proyectáramos en la comunicación), diferenciándolo del publicado por Testut-Latarjet, y el del mismo Sturniolo, quien lo define como "plexo de Lushka", acorde con los trabajos de Pedersen y colaboradores.

Al Dr. Arendar respondemos afirmativamente: las raquíalgias hacen posible el éxito de los placebos, por su alto porcentaje de enfermos no orgánicos; en este terreno aportan más a su solución no riesgosa las intervenciones menores que las mayores.

Los austeros éxitos mostrados en nuestra casuística guardan un margen de error, como otras técnicas que fueran controladas objetivamente.

El componente funcional no metamérico de L y LC está considerado en la TLP, al que asociamos una técnica de relajación y autoayuda que disminuye la percepción dolorosa.

Las sofisticadas técnicas diagnósticas indiscriminadas tienen también un efecto terapéutico placebo.