

Editorial

En defensa de una técnica eficiente

In defense of an efficient technique

Recientemente y con ocasión del Congreso de la Sociedad Española de Abordajes Percutáneos y Mini-invasivos del raquis celebrado en Pamplona y del Curso Básico SECOT «Patologías del raquis» celebrado en Alcalá de Henares hemos tenido la oportunidad de someter a discusión en algunos foros, la validez de una técnica para el tratamiento de las hernias discales como es la quimionucleolisis (QNL) con quimiopapaína. Señalo este dato por el hecho de ser inusual que salga a la palestra esta terapia, que parece habérsela tragado la tierra. Difícil resulta hoy día, excepto en muy concretos entornos, escuchar o leer una comunicación o una ponencia en un congreso o reunión médica referente a este tema. Se ha convertido casi en un tabú científico. Sin embargo, en estas dos reuniones me sorprendió gratamente el interés existente por ella entre médicos en formación y el juicio positivo que se emitió sobre su eficiencia por parte de aquellos con experiencia en su utilización. Me llama poderosamente la atención el completo desconocimiento que existe por parte de los médicos residentes de su mecanismo de actuación, de sus ventajas, sus inconvenientes, sus indicaciones y su realización técnica. Analizando el devenir de este procedimiento desde 1985 en que se empezó a utilizar en España, cuando se dispuso del producto Chymodiactin, es curioso observar que fue desplazado por la nucleotomía percutánea a pesar de que las primeras publicaciones de series españolas de casos tratados con la disolución enzimática del disco ofrecieron resultados muy satisfactorios (1), incluso comparándolas con el tratamiento mediante laminectomía, sin diferencias finales entre ambos tratamientos (2, 3). Más aún, la revisión de otra serie española a 10 años de su realización mostraba un 80% de resultados buenos (4). Abundando más en el devenir de estos procedimientos, hemos vivido posteriormente el rotundo fracaso de las nucleotomías percutáneas (NP) como ya patentizaron Revel y cols. (5) en su estudio multicéntrico comparativo con la QNL. Lo extraño es que no volvió a readquirir la QNL la popularidad previamente adquirida y acreditada. Bien es cierto que se han desarrollado otras técnicas «mini-invasivas», aunque ninguna de ellas ha llegado a adquirir una generalización de uso como la que había tenido la QNL o la NP. Quizá la microcirugía hoy día como técnica avanzada sea la más uniformemente utilizada. Podría decirse que la QNL ha sido el tratamiento-técnica quirúrgica que más «investigación policial» médica ha sufrido y más en concreto por la Food and Drug Administration (FDA) americana, que incluso suspendió su utilización tras un estudio controvertido realizado en el Reed Army Medical Center. Se le atribuyeron infinidad de complicaciones al procedimiento, en realidad secundarias a una mala técnica, incluso con tipificación de malpraxis. En algunas complicaciones no se ha llegado a demostrar que estuviesen directamente relacionadas con el producto enzimático injectado. En realidad, considerando una técnica realizada correctamente en un paciente idóneamente seleccionado, solamente la potencial aparición de una reacción anafiláctica es el único riesgo directamente relacionado con el producto. Nordby y cols. (6) publicaron un estudio profundo de todas las complicaciones recogidas en EE.UU. por la FDA analizando sus causas, pudiéndose inferir tras su estudio la seguridad del método, ya que solamente se registraron 7 muertes sobre 135.000 casos, sin que en esas muertes estuviese probada completamente la relación causa-efecto con la quimiopapaína. Es llamativo comprobar que en las discusiones establecidas sobre el tema de complicaciones post-procedimiento, QNL o cirugía abierta, siempre se aducen las muertes por reacciones alérgicas de la primera como su gran inconveniente, sin tener en consideración que la tasa de mortalidad es tres veces mayor en la segunda (7, 8). Desde abril de 1984 no se ha registrado ni un solo caso de muerte en EE.UU. Por otra parte, si nos atenemos a las complicaciones severas, la cirugía supera en número con una relación de 4,2%/0,45% a la QNL. El estudio de Bouillet (8) con más de 43.000 casos de QNL frente a los 2.500 de la cirugía no ofrece dudas al respecto, como tampoco el estudio de Ramírez y Thisted (7) sobre cirugías con 28.395 pacientes operados. Tan simplista argumento tampoco se analiza en profundidad ya que se dispone de medios eficaces para evitar la aparición de

la tan temida anafilaxia, desde el tratamiento profiláctico con antihistamínicos H1 y H2, hasta el test cutáneo o la detección de antígenos específicos IgE mediante pruebas como la chymo-FAST o la chymo-RAST (fluorescencia o radioinmunoensayo). La presencia de un anestesista entrenado con medidas terapéuticas preparadas, evita en cierta medida el riesgo mortal, como también lo es el hecho de su menor incidencia con anestesia local o sedación. Si a ello añadimos que en Europa (8), la tasa de reacciones es menor que en EE.UU., el problema se minimiza. Con una experiencia de más de 1.800 casos realizados personalmente, solamente he recogido un caso de reacción alérgica moderada sin otro tratamiento que la administración de corticoides intravenosos que hicieron desaparecer la reacción de inmediato. ¿Cuántos casos de muerte ha habido por inyecciones antibióticas o por la utilización de contrastes yodados en exploraciones rutinarias? ¿Hay que abolirlas por ello? Volviendo a la investigación de la FDA, el hecho de haberse autorizado de nuevo hace unos años, certifica y garantiza su absoluta validez y seguridad al haber pasado por el tamiz estricto de su minuciosa lupa. Algunos prestigiosos autores absolutamente críticos con la QNL como Nachemson, han reconocido su valor incuestionable en los casos en los que está indicado.

Es cierto que fuera de la columna lumbar, al menos en EE.UU., no está autorizado su uso, pero otros centros en Europa, en Francia en especial (9), donde en algún hospital es la primera opción del tratamiento de las hernias discales cervicales blandas, y en países del este o en Australia, han aplicado esta técnica a ese nivel con resultados espectaculares, superiores a los obtenidos a nivel lumbar. Mi experiencia personal (10) refleja una tasa de resultados satisfactorios de más del 96% sobre 102 pacientes, sin complicaciones significativas. McCulloch (comunicación personal) reconoce la eficacia de la QNL cervical por propia experiencia. Se encuentra en estudio clínico en fase II en EE.UU. este procedimiento en cuyo desarrollo hemos colaborado y esperamos un futuro prometedor.

Ya hace algunos años que presenté en Holanda una comunicación al Congreso de la International Intradiscal Therapy Society sobre los primeros excepcionales casos, cinco en concreto, de hernias discales torácicas, con resultados muy satisfactorios tras la inyección intradiscal de la quimiopapaina. Si se compara la trascendencia de esta técnica percutánea con la cirugía abierta mediante toracotomía o incluso con las técnicas videoasistidas, el resultado obviamente no ofrece dudas, dados los riesgos vitales que la apertura de una cavidad como la torácica implica. Hemos seguido realizando esta técnica con once casos tratados en la actualidad y diez resultados satisfactorios, con un neumotórax como única complicación, resuelto con un tubo de aspiración en 48 horas. Ignoro si alguien con una hernia discal torácica blanda se sometería a una toracotomía a sabiendas de la existencia de una alternativa percutánea con mínimos riesgos y una gran probabilidad de éxito, sin cerrar las puertas a la cirugía en caso de fracaso.

Si analizamos el mecanismo de acción del enzima veremos, tal como probó su descubridor Layman Smith, que solamente el núcleo pulposo resulta destruido sin ninguna agresión al anillo ni a otras estructuras circundantes, manteniendo la mejor estabilidad posible postintervención frente a otras modalidades. Es preciso informarse adecuadamente de sus propiedades y no creerse la leyenda negra no probada de sus efectos neurotóxicos, inexistentes como se ha probado científicamente, o de sus efectos desencadenantes de una mielitis transversa o de la creación de una fibrosis. Es llamativo que en estas reuniones como las mencionadas al inicio, los que tenían experiencias previas con la QNL, mostraban todos su acuerdo en que los resultados obtenidos habían sido satisfactorios pero muchos ya no la practicaban sin aducir una justificación científica para esa decisión. ¿Qué se ha movido detrás de este giro inexplicable en su aplicación? Creo que pueden existir justificaciones irracionales, algunas inconfesables, pero no científicas. A mi juicio es lamentable que en los hospitales docentes no les den la oportunidad a los médicos en formación de adquirir un criterio real del valor terapéutico de esta magnífica técnica. Y ya no solamente por la técnica en sí, sino por llegar a adquirir la destreza necesaria en la ejecución de una discografíía a cualquier nivel con la concepción espacial que la utilización de una técnica radiológica implica. Si además contemplamos el desarrollo investigador de nuevos enzimas, como la condroitinasa ABC, con un potencial alergénico ínfimo, veremos que el futuro sigue estando abierto a esta opción eficiente, segura, barata y que no cierra la puerta a otras opciones más agresivas sin haber creado obstáculo alguno que podría enegrecer el resultado final del paciente por cualquier otro procedimiento.

Fernando Gómez-Castresana Bachiller
Presidente de la SECOT
Prof. Titular de Cirugía Ortopédica y Traumatología
Universidad Complutense de Madrid

Bibliografía

1. Fernández-Yruegas Moro, D; Dudley Porras, A; Abril Martína, C, y cols. Ciática: Tratamiento mediante quimionucleolisis y valoración de resultados. *Rev Ortop Traumatol*, 35: 423-427, 1991.
2. Sancho Navarro, R; Ardila Cuervo, C, y Ramos Escalona, R. Cirugía versus quimionucleólisis en el tratamiento de la hernia discal lumbar. *Rev Ortop Traumatol*, 34: 588-594, 1990.
3. Gómez Luzuriaga, MA; Galán, V, y Villar del Fresno, JM. Quimionucleólisis versus discectomía. *Rev Ortop Traumatol*, 34: 363-367, 1990.
4. Escala, JS; Huguet, R, y Giné, J. Quimionucleólisis. Revisión a 10 años. *Rev Ortop Traumatol*, 43: 221-225, 1999.
5. Revel, M; Payan, C; Valle, C, y cols. Automated percutaneous lumbar discectomy versus chemonucleolysis in the treatment of sciatica. *Spine*, 18: 1-7, 1993.
6. Nordby, EJ; Wright, PH, y Schofield, SR. Safety of chemonucleolysis. *Clin Orthop*, 293: 122-134, 1993.
7. Ramírez, LE, y Thisted, R. Complications and demographic characteristics of patients undergoing lumbar discectomy in Community Hospitals. *Neurosurgery*, 25: 226-250, 1989.
8. Bouillet, R. Treatment of sciatica. *Clin Orthop*, 251: 144-152, 1990.
9. Krause, D; Drape, JL; Jambon, F, y cols. Cervical nucleolysis: indications, technique, results. *J Neuroradiol*, 20: 42-59, 1993.
10. Gómez-Castresana Bachiller, F. Percutaneous procedures for cervical discs: cervical chymopapain chemonucleolysis. En: Ed. Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. Paris. *Surgical Techniques in Orthopaedics and Traumatology*, 55-090-D-10, 2000.