

Comentario

El trabajo publicado por el doctor Obrador Alcalde hace más de 50 años (1951) pone de manifiesto que en aquella época bajo el nombre de «proceso compresivo medular» se incluían situaciones clínicas completamente diferentes: tumores, traumatismos, infecciones y procesos degenerativos, algunas de las cuales actualmente no serían consideradas como tales.

El aspecto más relevante de esta publicación consiste en el papel absoluto y casi exclusivo de la clínica para llegar al diagnóstico, lo que conducía, en ocasiones, a etiquetar el proceso tardíamente, o bien a diagnósticos etiológicos erróneos, o a malas localizaciones de la afectación que exigían amplios abordajes.

Por otro lado, es asombroso observar como tan sólo con la historia clínica y la exploración física se llegaba a determinar la entidad de algunos problemas. En la actualidad, aunque el examen clínico continúa siendo en teoría la mayor ayuda para el cirujano a la hora de establecer el correcto diagnóstico, la magnitud del problema y determinar el tratamiento adecuado, se tiene tendencia a basar el diagnóstico en las exploraciones complementarias, y en especial a la tomografía axial computarizada y a la resonancia magnética nuclear. Esta última, comparativamente con otros estudios radiológicos, tiene mayor capacidad para evaluar los procesos compresivos del raquis¹.

A pesar de que la mayoría de signos físicos y aspectos propedéuticos estaban ya descritos cuando se publicó este artículo, se ha avanzado notablemente en las escalas de valoración de la compresión medular mediante acuerdos entre expertos o publicación de clasificaciones, que permiten en primer lugar evaluar el daño neurológico de forma protocolizada y por tanto, comparar resultados de los diferentes tratamientos²⁻⁴.

En cuanto al tratamiento elegido, observamos que en la mayoría de los diagnósticos el procedimiento quirúrgico más empleado era la laminectomía, siendo excepcional el abordaje anterior, y valorando poco la reconstrucción posterior del raquis, lo que acarreaba la aparición de deformidad residual aguda o evolutiva, probablemente por el desconocimiento de la biomecánica del mismo^{5,6}.

En cuanto al primer tema que aborda el doctor Obrador sobre el tratamiento de los tumores del raquis, cabe destacar

que se utilizaba una clasificación de extradurales e intradurales, y a su vez el grupo de intradurales lo dividía en dos subgrupos: extramedulares e intramedulares, clasificación todavía válida en la actualidad pero poco precisa en la etiología de los procesos. Hoy en día, además de esta localización, se tiene muy en cuenta si se trata de tumores primarios, secundarios o metastásicos. A su vez el estudio oncológico y la correspondiente clasificación obedece a procesos muy protocolizados^{7,8}.

En el grupo de enfermedades degenerativas y en especial el de las hernias discales (clasificados como procesos compresivos medulares), que condicionan un sufrimiento radicular y no medular, cabe destacar que el abordaje preferido por el autor, incluso a nivel cervical, fue siempre posterior, localización que hoy en día suele abordarse por vía anterior con artrodesis y osteosíntesis del segmento intervenido. En los casos de mielopatía cervical no existe todavía un amplio consenso sobre cuál es la vía de abordaje y la técnica más eficaz, entre los autores que prefieren el abordaje anterior con corporectomía y artrodesis y los que prefieren la laminoplastia posterior^{9,10}.

Finalmente, algunos procesos como el de la aracnoiditis, intervenidos quirúrgicamente por el autor, son preferentemente tratados en la actualidad de forma conservadora¹¹.

En resumen se trata de una interesante publicación de la época, que pone de manifiesto la importancia del diagnóstico clínico en un momento histórico donde muchas exploraciones complementarias con las que contamos en la actualidad no existían.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boden SD, Davis DO, Dina TS, Patronas NJ, Wiesel SW. Abnormal magnetic-resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects: A prospective investigation. *J Bone Joint Surg Am* 1990;72A:403-8.
2. Ono K, Ebara S, Fuji T, Yonebou K, Fujiwara K, Yamashita K. Myelopathy hand: new signs of cervical cord damage. *J Bone Joint Surg Am* 1987;69A:215-9.
3. Vroomen PC, de Krom MC, Knottnerus JA. Consistency of history taking and physical examination in patients with suspected lumbar nerve root involvement. *Spine* 2000;25:91-7.

4. International standards for neurological and functional classification of spinal cord injury. Chicago, IL: American Spinal Injury Association, 1996.
5. Nachemson AL, Morris JM. In vivo measurements of intra-discal pressure: discometry, a method for the determination of pressure in the lower lumbar discs. *J Bone Joint Surg Am* 1964;46A:1077-92.
6. White AA III, Panjabi MM. Clinical Biomechanics of the Spine. 2nd ed. Philadelphia: PA, JB Lippincot, 1990; p. 232-8.
7. Tomita K, Kawahara N, Baba H, Tsuchiya H, Fujita T, Toribatake Y. Total en bloc spondilectomy: a new surgical technique for primary malignant vertebral tumors. *Spine* 1997;22: 324-33.
8. Boriani S, Weinstein JN, Biagini R. Primary bone tumors of the spine: terminology and surgical staging. *Spine* 1997;22: 1036-44.
9. Emery SE, Bohlman HH, Bolesta MJ, Jones PK. Anterior cervical decompression and arthrodesis for the treatment of cervical spondylotic myelopathy: two of seventeen-year follow-up. *J Bone Joing Surg Am* 1998;80A:941-51.
10. Yonenobu K, Hosono N, Iwasaki M, Asano M, Ono K. Laminoplasty versus subtotal corpectomy: a comparative study of results in multisegmental cervical spondylotic myelopathy. *Spine* 2002;17:1281-4.
11. Sindrup SH, Jensen TS. Efficacy of pharmacological treatments of neuropathic pain: an update and effect related to mechanism of action. *Pain* 1999;83:389-400.

E. Cáceres

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del IMAS
Hospitales del Mar y la Esperanza. Barcelona.*