



A vueltas con el dolor discogénico *Facings with discogenic pain*

El dolor lumbar es la causa más frecuente de consulta en las unidades de dolor y un problema de salud pública en los países desarrollados. El diagnóstico del dolor lumbar es un reto especialmente complicado debido a la poca especificidad de los síntomas y a la poca utilidad que tienen en general las pruebas de imagen. En mi experiencia el dolor discogénico, es decir, el que se produce como consecuencia de la degeneración discal producida por la espondiloartrosis, es un diagnóstico que se hace por exclusión. Cuando se han descartado todas las demás causas de dolor lumbar (facetos, músculos, ligamentos, sacroiliacas) es cuando en general se sospecha de un dolor discogénico. El diagnóstico de este dolor solo se puede confirmar con una discografía, hecha de manera adecuada, con medida de la presión discal, desencadenando dolor concordante e intenso y observando la imagen que el contraste dibuja dentro del disco, teniendo además una discografía negativa en el disco adyacente al sintomático [1,2]. Todo esto hace que sea poco frecuente la realización de una discografía diagnóstica, pues existe la posibilidad de que al realizar una discografía sobre un disco sano se favorezca la degeneración del mismo y que, por otra parte, cuando se confirma el dolor discogénico nos enfrente a la pregunta “¿y ahora qué?”; es decir, ¿tenemos un tratamiento con evidencia y con seguridad suficiente para tratar este dolor? La respuesta en la actualidad es claramente: no.

El artículo de Henao y cols., que se publica en este número, intenta establecer una escala de síntomas y signos que permita llegar al diagnóstico de dolor discogénico, como vemos en el artículo, y en la escala propuesta esto es complicado, pues se mezclan hallazgos clínicos y de exploración con alteraciones que aparecen en las pruebas de imagen. Al final todo esto nos puede dar un diagnóstico de sospecha, pero seguirá siendo la discografía el gold estándar para confirmar el diagnóstico.

En los últimos años se está produciendo un cambio en la comprensión de los mecanismos fisiopatológicos involucrados en la aparición del dolor discogénico. La visión clásica de la degeneración del anillo fibroso con la aparición de fisuras y la proliferación de terminaciones neuronales, tanto nociceptivas como simpáticas, que justificarían el comienzo del dolor discogénico, parece estar cambiando, así como los tratamientos enfocados a la diana de la parte posterior del anillo fibroso discal, desde el punto de vista de dar mayor importancia a la alteración que se produce en los platillos vertebrales, cuyo papel tanto de sostén como de nutrición del disco intervertebral se ha puesto de relieve en varias publicaciones. Asimismo, se han publicado artículos que destacan cómo en estos platillos vertebrales se producen fenómenos de inflamación, neovascularización y proliferación de terminales neuronales nociceptivos y simpáticos que explicarían el desencadenamiento del dolor. Desde este punto de vista el dolor discogénico, no se produciría únicamente en el anillo fibroso del disco sino en los platillos vertebrales, y es en estos en los que deberíamos encontrar dianas para su tratamiento [3,4]. Estos cambios de los platillos vertebrales tienen además expresión radiológica con la aparición de los cambios Modic Tipo I, II y III en la resonancia magnética de la columna, estableciendo una correlación entre la aparición de estos cambios y la existencia de dolor lumbar [5]. De hecho, se ha descrito una nueva técnica para el tratamiento del dolor discogénico, que tiene como diana el nervio basivertebral [6], que recoge toda la inervación del cuerpo vertebral y que mediante una neurectomía con radiofrecuencia se ha demostrado capaz de mejorar el dolor discogénico de manera eficaz y duradera [5,7]. Estas nuevas técnicas tendrán que demostrar su eficacia, su reproducibilidad y los posibles problemas que a largo plazo pueda generar la denervación del tejido óseo del cuerpo vertebral, sobre todo en pacientes de edad no avanzada, pero nos permiten un foco

de esperanza en una patología para la que en la actualidad no disponemos de tratamientos de evidencia probada.

J. Insausti Valdivia
Unidad del Dolor, HM Hospitales. Madrid, España

Correspondencia: Joaquin Insausti Valdivia
j.insausti@mac.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Kallewaard J, Terheggen M, Groen G, Sluijter ME, Derby R, Kapural L, et al. 15. Discogenic low back pain. *Pain Pract.* 2010;10(6):560-79. DOI: 10.1111/j.1533-2500.2010.00408.x.
2. Manchikanti L, Glasser S, Wolfer L, Derby R, Cohen SP. Systematic review of lumbar discography as a diagnostic test for chronic low back pain. *Pain Physician.* 2009;12(3):541-59.
3. Lotz J, Fields A, Liebenberg E. The Role of the Vertebral End Plate in Low Back Pain. *Global Spine J.* 2013;3(3):153-63. DOI: 10.1055/s-0033-1347298.
4. Bailey J, Liebenberg E, Degmetich S et al. Innervation patterns of PGP 9.5-positive nerve fibers within the human lumbar vertebra. *J Anat.* 2011;218(3):263-70. DOI: 10.1111/j.1469-7580.2010.01332.x.
5. Fischgrund J, Rhyne A, Franke J, Sasso R, Kitchel S, Bae H, et al. Intraosseous basivertebral nerve ablation for the treatment of chronic low back pain: a prospective randomized double-blind sham-controlled multi-center study. *Eur Spine J.* 2018;27(5):1146-56. DOI: 10.1007/s00586-018-5496-1.
6. Antonnacci MD, Mody DR, Heggennes MH. Innervation of the Human Vertebral Body: A Histologic Study. *J Spinal Dissord.* 1998;11(6):526-31.
7. Lorio M, Clerk-Lamallice O, Beall D. International Society for the Advancement of Spine Surgery Guideline—Intraosseous Ablation of the Basivertebral Nerve for the Relief of Chronic Low Back Pain. *Int J Spine Surg.* 2020;14(1):18-25. DOI: 10.14444/7002.