

"Consideraciones medicolegales sobre la práctica de la mielografía"

Por el Dr. FRANCISCO LANCÍS Y SÁNCHEZ

Como es propósito de este trabajo estudiar las implicaciones médico-legales de la mielografía en conexión con los accidentes del trabajo, que nos ha sido dable considerar a través de una diaria e intensa práctica ejercida en el control e inspección de la prestación asistencial de centenares de lesionados, hacemos previa advertencia de que el ámbito del asunto que trataremos es mucho menos amplio del que pudiera inferirse de su título, ya que nos limitaremos a la mielografía con aceites iodados o productos similares, y su aplicación al diagnóstico y localización de las rupturas o hernias de discos intervertebrales, y con mayor limitación aun, a las hernias discales del segmento lumbosacro, las más corrientemente observadas y reportadas como accidentes del trabajo.

El enorme volumen de reclamaciones que hemos estudiado e informado en estos dos últimos años, nos permite decir que son numerosos los lesionados; por las ideas e impresiones que se transmiten entre sí, que rechazan la prueba mielográfica, a quien reputan como de mayor nocividad y más incapacitante que el propio traumatismo originador de la hernia discal; y en verdad parece que la mielografía practicada indiscri-

minada y rutinariamente bien se merece esa mala reputación, pues hemos visto, y es esa nuestra impresión clínica, varios casos de aracnoiditis consecutivos a mielografías, por otra parte, quizás mal indicadas.

Es la aracnoiditis peligrosa consecuencia de la mielografía por el hecho bien establecido de que el material opaco es susceptible de irritar a la aracnoides, o mejor, de acuerdo con los modernos conceptos anatómicos, la leptomeninge. Por este motivo traemos una información sucinta de tres casos que desarrollaron apreciable aumento de la incapacidad estimada o fijada antes de realizarse en ellos la prueba mielográfica. Pero primeramente debemos aclarar cuál es nuestro criterio para establecer el diagnóstico de [aracnoiditis o leptomeningitis reaccional] consecutiva a una mielografía. Las radiografías que comprueban los restos de material opaco en el canal, ni las góticas detenidas en las bolsas radiculares, ni las migraciones del material a lo largo de las vainas radiculares, permite inferir una aracnoiditis. Su diagnóstico es eminentemente clínico, que debe valorar el accidente y el traumatismo, la extensión e intensidad del cuadro clínico antes y después de la mielografía, la progresión de la rigidez de la columna vertebral, la cefalalgia,

la bilateralización de los dolores y de las sensaciones parestésicas, el aumento de la espasticidad muscular, los estados vertiginosos y lipotímicos, la inseguridad y el aumento de la incapacidad. La dificultad está en que todos estos elementos pueden ser atribuidos a una leptomeningitis anterior, o relacionarse a radiculitis, compresiones medulares mielitis, etc.

Pasaremos ahora a relatar 3 casos, con la proyección de 6 diapositivas que han copiado las radiografías que nos sirvieron para precisar la presencia de restos de material opaco dentro del canal.

CASO I.—D. L. de 58 años de edad al accidentarse el 25 de junio de 1959 al caer de una escalera lo hizo en posición sentada; el cirujano ortopédico a cargo de la asistencia hace el

diagnóstico de hernia discal; obtiene permiso para volver al trabajo a los tres meses, y recibe el alta definitiva, sin incapacidad permanente después del año del accidente. En febrero de 1962 acude al seguro por mantener dolores lumbares y remitido a un neurocirujano le practica una mielografía y después lo opera. En septiembre de 1962 presenta notable acentuación de los dolores, rigidez vertebral, fenómenos lipotímicos y estados vertiginosos al cambiar de posición, maniobra de Lasegue y Bragard positivas en el lado derecho, con respuesta contralateral al explorarse dichas maniobras en el miembro izquierdo; reflejos rotulianos exaltados, aquiliano izquierdo disminuido y el derecho abolido. Las radiografías, que se reproducen en las figuras 1 y 2, practicadas en



Fig. 1



Fig. 2

(Correspondientes al Caso I del texto.)

octubre de 1962. muestran restos de sustancia opaca en el canal. En resumen, se trata de un obrero que arrastra discreta incapacidad durante tres años, que no le obliga a dejar el trabajo, y que después de la mielografía y de la operación no puede volver al trabajo. Se le reconoce un 60% de incapacidad parcial permanente.

En la exacerbación del cuadro puede culparse tanto a la mielografía como a la operación, pero nos inclinamos a que la primera ha jugado el papel principal; la impresión clínica de una arañoiditis surge por la generalización de la sintomatología, por la bilateralización del dolor y por la extensión de la rigidez de la columna. No se pudo completar el estudio con el examen del líquido cefalorraquídeo por negativa de]

Caso II.—O. U. R., de 52 años de edad al ocurrir el accidente, que consistió en un gran esfuerzo, el día 9 de junio de 1961. Tiene trastornos a la marcha y dolores en la espalda con eiatalgia en el lado izquierdo; el neurocirujano que lo asiste le practica una mielografía, informándose amputación de las raíces L4 y L5 izquierdas, y lo opera en el mes de septiembre de 1961, y extiende el alta con un 10% de incapacidad parcial permanente el 10 de abril de 1962. Seis meses después pide revisión de la incapacidad, y dice que si la operación lo mejoró del dolor de la espalda y de la marcha, está afectado de su estado general, con gran inseguridad en sus actos, Romberg positivo, sensaciones parestésicas en los dos miembros inferiores, más pronunciadas en el izquierdo, estados vertiginosos



Fig. 3



Fig. 4

(Correspondientes al Caso II del texto.)

cuando cambia de posición o realiza movimientos; maniobra de Bragard en los dos lados extraordinariamente dolorosa; reflejos rotulianos exaltados; muy disminuidos los aquilianos; dificultad para la flexión del tronco. Las radiografías, que corresponden a las figuras 3 y 4, se practicaron el 2 de noviembre de 1962, más de un año después de la mielografía, y muestran un depósito de material opaco en el trayecto de la aguja utilizada para la mielografía, lo que no tiene importancia, migración de pequeñas gotas o partículas por las vainas de las raíces, y restos notables en el fondo de saco. La incapacidad fue aumentada al 40%.

Interpretamos este caso como una radiculitis por compresión discal que mejora con la heinilaminectomía de L4 y L5 izquierdas, para hacer después una generalización, bilateralización y au-®

mentó de la incapacidad por una aracnoiditis producida por la mielografía.

Caso III.—B. T. G., de 45 años de edad al ocurrirle un accidente el día 15 de mayo de 1961, en forma rara, pues refiere que al mojarse los pies con agua fría en ocasión de estar sacando ceniza caliente de un horno, experimentó sensaciones desagradables, y después dolor, en los pies. No hay referencia ni de contusiones ni de esfuerzo. Un neurocirujano indica una mielografía aproximadamente al mes del accidente, sin que se haya registrado el resultado por haberse perdido la documentación. Este obrero no fue operado. Las radiografías correspondientes a las figuras 5 y 6 se hicieron el 4 de octubre de 1961. Puede observarse gran acumulo de material opaco que permite precisar los resaltos de los discos dentro del



Fig. 5



Fig- 6

(Correspondientes al Caso III del texto.)

canal, lo que en la opinión de Canip, Love y Walsli se interpretan equivocadamente como protrusiones patológicas.

Se examinó a este obrero a mediados de mayo de 1962. y presenta gran rigidez de toda la columna, raquialgia intensa, dificultad a la marcha, al pararse y sentarse. Sin haberse comprobado ni patología discal ni radiculitis, el cuadro se cataloga ahora como aracnoiditis. El paciente hace énfasis en atribuir a la mielografía su estado incapacitante. que se le valora en un 50%.

En el peligro potencial de que la mielografía desarrolle una leptomeningitis, de imprevisible curso y pronóstico grave, se asienta la implicación médico- legal de la responsabilidad médica, moral y legal. Debemos pues, de inmediato, exponer los criterios para justificar la práctica de una prueba de esa naturaleza frente a la patología discal. con lo que estaremos dando los elementos de juicio para precisar la responsabilidad médica.

Bradford y Spurling establecen que la mielografía sólo debe practicarse en aquellos pacientes en que la prueba será seguida de intervención quirúrgica, y la indicación definitiva se reduce a estos casos:

- a) cuando se sospecha una hernia del tercer disco lumbar o una herniación a nivel más alto;
- b) cuando existe concomitantemente espondilolistesis con objetivas manifestaciones neurológicas;
- c) en pacientes viejos, en pacientes con notables anomalías de la columna lumbo-sacra, y en pacientes en que se sospecha múltiples herniaciones.

Un criterio casi absolutamente abstencionista nos los da Martínez Páez, que lo aclara y justifica así:

“No empleamos nunca la mielografía porque entendemos que puede dar falsas

imágenes de hernia donde no la hay y por otro lado no detectar la misma donde puede haberla. Otro motivo de no emplear su uso es el peligro de aracnoiditis química y de reacciones desagradables que pueden presentarse. Sólo creo está indicada en los casos que se sospeche tumor (neoformación)”.

Si la indicación de la mielografía se contempla con estos criterios restrictos, qué no decir de su aplicación para decidir problemas médico-legales como los ligados a las reclamaciones del seguro obrero. Únicamente podríamos esperar su recomendación de médicos tan mal informados como peor orientados. Pero como el terreno de los accidentes del trabajo es propicio a la inundación de aguas turbias, es aquí cuando el médico requiere tener conocimientos adecuados, ponderación, buen juicio y firmeza ética para resistir planteamientos carentes de base seria. Pero para que se vea hasta donde se puede llegar en la argumentación capciosa, mencionaremos que en el penúltimo número de la Revista “Trauma”, de fines de 1962, en un editorial titulado “The Low Baek” comenta la publicación reciente de un libro sobre materia médico-forense en relación con los problemas de la espalda baja, libro dedicado principalmente para el uso de los abogados, y se dice también que es de utilidad para los médicos forenses, y elogia el capítulo dedicado a la mielografía por permitir que “el abogado pueda encontrar “precedentes”, “autoridad”, etc. para cualquier premisa médica que quiera establecer”. Y añade: “Por ejemplo, si un médico cree que la mielografía es un método no riesgoso e imprescindible para el diagnóstico de hernia de disco, los autores lo mencionan, transcriben su opinión, presentan la relación de credenciales que justifican lo respetable de una opinión como

la de dicho médico, así como detalles de los méritos científicos que avalan su opinión en la materia. Si, por el contrario, sobre el mismo tema, otro médico de idéntica categoría científica, con su casuística clínica, opina que la mielografía es riesgosa y que no es necesaria para el diagnóstico, se detallan sus comentarios o criterios sobre la materia y se aporta igualmente, el aval de sus credenciales científicas y su casuística clínica”.

La moral médica no puede aceptar tan acomodaticios procedimientos. La sinceridad impudente del comentario editorial la hemos traído nada más que para apuntar la repercusión ética y la trascendencia médico-legal que tiene la indicación mielográfica.

Pasaremos ahora a mencionar el erróneo criterio, sin base científica, de que la mielografía puede servir para probar una incapacidad laboral y para medirla. Ni la mielografía se ha propuesto para eso, ni es científico esperarlos; únicamente se concibe en médicos que ni conocen la patología de las hernias discales y de las radiculitis, no siempre coexistentes, ni tienen concepto claro de lo que puede dar la mielografía. Hay hernias discales que no son compresivas, por

lo que no producen manifestaciones radicales, así como pueden haber radiculitis de distintos orígenes y sin hernias discales. Sería un tremendo error querer que la mielografía conduzca a conclusiones médico-legales de esta naturaleza. La incapacidad y su valoración es una apreciación frecuentemente difícil, que podrá apoyarse en ocasiones en exploraciones o exámenes complementarios, como son la radiografía simple y la electromiografía, pero no la mielografía.

Después de este recorrido, que nada nuevo ha agregado a lo ya conocido, pero ha hecho énfasis en las grandes limitaciones del uso de la mielografía en el diagnóstico y localización de las hernias discales, y de que nada da en la aclaración de los problemas médico-legales que dichas hernias plantean, resta tan sólo resaltar que el riesgo que entraña y la responsabilidad que envuelve su indicación es el más destacado aspecto médico-legal de la prueba mielográfica, y que para el médico, tanto en su función asistencial como en la pericia, seguirá siendo la brújula indefectible de su conducta profesional y ética el viejo aforismo latino: *Primum non nocere*; primero no hacer daño.

BIBLIOGRAFIA

1. —Arias Avellán, José: Comunicación personal.
2. —Assmann, Herbert: “Diagnóstico Röntgenológico de las Enfermedades Internas”. Traducción de la 5a. Edición Alemana. Tomo II. Editorial Labor, S.A., Barcelona, 1936.
3. —Bradford, F. Keith, and Spurling, R. Gleen: “The Intervertebral Disc.” Second Edition, Charles C. Thomas, Publisher, Springfield, 111., U.S. A., 1945.
4. —Buey, P. C. and Spiegel, I. J.: “Unusual complication of intrathecal use of iodized oil”. *J.A.M.A.* 122:367-369, June 5, 1943.
5. —Feder, Bernard H. and Smith, John L.: “Roentgen Therapy in Chronic Spinal Arachnoiditis”. *Radiology*, Vol. 78, No. 2, pag. 192, Feb., 1962.
6. —González Carbó, Rafael: “Arachnoiditis”. Tesis para el Doctorado de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad de la Habana, 1952.
7. —Martínez Páez, Julio: “Experiencia obtenida en los últimos 50 casos operados de hernia del núcleo pulposo del disco intervertebral en el Servicio de Ortopedia del Hospital Universitario “General Calixto y García”. *Revista “Medicina Latina”*, Año XIX, No. 1, págs. 11-18, Enero-Marzo, 1960.
8. —Matera, Raúl F.: “Signos yodoverniculográficos en las aracnoiditis encefálicas”. *Revista Neurológica de Buenos Aires*, Vol. XI, No. 3, pág. 231, Sept.-Dic., 1946.
9. —Sicard, J. A. el Forestier, J.: “Diagnostic et Therapeutique par le Lipiodol”. Masson et Cie., Editeurs, Paris, 1928.
10. —Trauma, Vol. 4, No. 2, 1962.