

NOTA DE PRENSA

Mañana, 16 de octubre, Día Mundial de la Columna Vertebral

“SOY DEMASIADO MAYOR PARA OPERARME” Y OTROS SEIS MITOS SOBRE EL TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DE LAS PATOLOGÍAS DE LA COLUMNA

- Con motivo del Día Mundial de la Columna Vertebral, los expertos del GEER revisan algunas de las falsas creencias más extendidas sobre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la columna
- “Si la resonancia es normal, no tengo nada”, “toda hernia discal termina en una operación” o “la cirugía mínimamente invasiva siempre es mejor”, creencias habituales que conviene desterrar
- Los expertos recuerdan que cada enfermedad y cada paciente son diferentes y que la indicación de una cirugía, la técnica utilizada y las posibilidades de recuperación deben valorarse de forma individualizada

Madrid, 15 de octubre de 2026.- ¿Existe una edad límite a partir de la cual una persona es demasiado mayor para operarse de la columna? ¿Una resonancia normal significa que no existe ningún problema? ¿Toda hernia discal termina en el quirófano? ¿Operarse debe ser siempre el último recurso? ¿La cirugía mínimamente invasiva es necesariamente mejor que la cirugía abierta? Sobre el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades de la columna se extienden una serie de creencias que, por muy extendidas que estén, no se corresponden con la evidencia científica. Con motivo del Día Mundial de la Columna Vertebral, que se celebra el 16 de octubre, la Sociedad Española de Columna Vertebral (GEER) repasa siete tópicos habituales y explica qué sabemos realmente sobre ellos.

«Soy demasiado mayor para operarme»

La edad es un factor importante a la hora de valorar una intervención, pero no determina por sí sola que una persona pueda o no someterse a una cirugía de columna. Dos pacientes de la misma edad pueden presentar un estado físico y unos riesgos quirúrgicos muy diferentes. Por ello, además de la edad, los expertos valoran las

enfermedades asociadas, la autonomía, el estado físico, la calidad del hueso y la fragilidad del paciente, es decir, su grado de vulnerabilidad ante una intervención.

Una edad avanzada no establece, por tanto, una frontera automática para la cirugía. La decisión debe tomarse de forma individualizada, valorando los riesgos de la intervención, los de no realizarla y los beneficios que puede obtener cada paciente.

«Si la resonancia es normal, no tengo nada»

Una resonancia que no muestra una lesión capaz de explicar el dolor no significa que el paciente no tenga un problema. La lumbalgia es un buen ejemplo: en muchos pacientes no es posible identificar mediante las pruebas de imagen una causa anatómica concreta que explique sus síntomas.

La resonancia es una herramienta fundamental cuando está indicada, pero forma parte de un proceso diagnóstico más amplio. De hecho, las guías y recomendaciones clínicas desaconsejan realizar pruebas de imagen de manera rutinaria ante una lumbalgia aguda cuando no existen señales de alarma.

También puede producirse la situación contraria: una resonancia puede mostrar alteraciones estructurales en personas que no presentan síntomas.

Por tanto, ni una resonancia aparentemente normal significa que el dolor no exista ni cualquier alteración encontrada en ella constituye necesariamente la explicación del problema. La imagen no dictamina por sí sola el diagnóstico, sino que debe interpretarse siempre en relación con los síntomas, la historia clínica y la exploración del paciente.

«Toda hernia discal termina, tarde o temprano, en una operación»

No todas las hernias discales necesitan cirugía. La hernia se produce cuando parte de uno de los discos situados entre las vértebras se desplaza y puede llegar a comprimir una raíz nerviosa, pero la necesidad de una intervención depende de los síntomas que produzca y de su evolución.

En los pacientes con hernia discal lumbar que no presentan déficits neurológicos importantes, el tratamiento no quirúrgico es generalmente la primera opción y muchos evolucionan favorablemente sin necesidad de operarse. Las recomendaciones de sociedades científicas como la North American Spine Society (NASS) y la World Federation of Neurosurgical Societies (WFNS) contemplan la cirugía, entre otras situaciones, cuando los síntomas persisten pese al tratamiento conservador, existe un déficit motor grave o un deterioro neurológico progresivo, o se produce un síndrome de cola de caballo, una compresión grave de los nervios situados al final del canal vertebral que puede causar pérdida de sensibilidad en la zona genital y perianal y en la cara interna de los muslos —la denominada «anestesia en silla de montar»—, debilidad en

las piernas o problemas para controlar la orina o las heces y que requiere atención urgente.

«En la columna, la cirugía siempre debe ser el último recurso»

En muchas enfermedades de la columna es adecuado comenzar con tratamientos no quirúrgicos y valorar su evolución antes de plantear una cirugía. Pero existen situaciones en las que retrasarla cuando está indicada puede comprometer el resultado.

En la hernia discal lumbar, por ejemplo, las recomendaciones de la WFNS aconsejan cirugía ante un síndrome de cola de caballo o un deterioro neurológico progresivo y señalan que, cuando existe un déficit motor importante, un tratamiento quirúrgico más temprano se asocia a una recuperación más rápida y puede mejorar los resultados motores.

La cuestión no es, por tanto, retrasar la cirugía todo lo posible, sino indicarla cuando sea necesaria y en el momento más conveniente para cada paciente.

«Operarse de una estenosis de canal supone un alto riesgo de acabar en silla de ruedas»

La estenosis de canal lumbar es un estrechamiento del espacio por el que discurren los nervios en la parte baja de la columna. Puede provocar dolor, hormigueo, debilidad o dificultad para caminar y es especialmente frecuente en personas de edad avanzada.

La posibilidad de sufrir una complicación neurológica existe en cualquier cirugía de columna, pero no es el resultado habitual de una operación por estenosis. Las recomendaciones de la WFNS consideran que la lesión neurológica nueva tras una cirugía descompresiva lumbar es una complicación poco frecuente. Ese riesgo no debe confundirse con la posibilidad de sufrir una lesión neurológica grave y permanente o de «acabar en silla de ruedas», que no constituye el desenlace habitual de este tipo de cirugía.

El objetivo de la cirugía es precisamente ampliar el espacio disponible para los nervios que están siendo comprimidos. Su indicación debe valorar la intensidad de los síntomas, las limitaciones que provoca la enfermedad, la situación clínica del paciente y los riesgos y beneficios previsibles de la intervención.

«La cirugía mínimamente invasiva siempre es mejor que la cirugía abierta»

Que una técnica sea «mínimamente invasiva» no significa que sea automáticamente mejor para cualquier paciente ni para cualquier enfermedad. Estas técnicas buscan acceder a la columna reduciendo la lesión de los músculos y otros tejidos que la rodean y pueden aportar ventajas en determinados procedimientos. Sin embargo, en intervenciones más complejas o que requieren un acceso más amplio a la columna, la

cirugía abierta puede ser la opción más adecuada para tratar correctamente el problema.

Asimismo, menos cicatriz no equivale automáticamente a una cirugía mejor. La elección de la técnica depende de la enfermedad, de su complejidad, de los objetivos de la intervención y de las características del paciente. Lo importante es utilizar el procedimiento que permita resolver adecuadamente el problema con el menor riesgo posible.

«Después de una operación cervical hay que llevar siempre collarín»

El collarín cervical puede utilizarse después de determinadas operaciones de columna cervical, pero no es necesario en todos los casos ni puede establecerse una duración universal para su uso. La decisión depende, entre otros factores, del tipo de cirugía realizada, de las características del paciente y de su evolución.

La importancia de una valoración experta

Una misma enfermedad de la columna puede requerir abordajes diferentes en función de cada paciente. La decisión sobre el tratamiento depende de la enfermedad, los síntomas, la exploración, las pruebas diagnósticas, su evolución y las características de cada persona. Del mismo modo, la necesidad de una intervención, la técnica más adecuada y las posibilidades de recuperación deben valorarse individualmente.

Los expertos del GEER recuerdan que esa valoración resulta especialmente importante cuando se plantea una intervención quirúrgica, pero también para determinar cuándo no es necesaria. Ponerse en manos de profesionales con formación y experiencia específica en columna es fundamental para obtener un diagnóstico preciso y determinar qué tratamiento necesita realmente cada paciente, incluida la decisión de cuándo una intervención quirúrgica está indicada y cuándo no.

Referencias:

1. Kreiner DS, Hwang SW, Easa JE, et al. An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy. *The Spine Journal*. 2014;14(1):180-191. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2013.08.003>
2. Costa F, Oertel J, Zileli M, Sharif S, et al. Role of surgery in primary lumbar disk herniation: WFNS Spine Committee recommendations. *World Neurosurgery*: X. 2024;22:100276. <https://doi.org/10.1016/j.wnsx.2024.100276>
3. Costa F, Alves OL, Anania CD, Zileli M, Fornari M. Decompressive Surgery for Lumbar Spinal Stenosis: WFNS Spine Committee Recommendations. *World Neurosurgery*: X. 2020;7:100076. <https://doi.org/10.1016/j.wnsx.2020.100076>

Sociedad Española de Columna Vertebral (GEER)

La Sociedad Española de Columna es la principal sociedad científica que engloba a la mayoría de los profesionales médicos que realizan cirugía de columna en nuestro país, y mantiene una estrecha relación con otras sociedades afines a nivel internacional, como la SRS (Scoliosis Research Society) y la NASS (NorthAmerican Spine Society) a nivel norteamericano, la SILACO (Sociedad Iberolatinoamericana de Columna) a nivel iberoamericano y la Eurospine (European Spine Society) a nivel europeo.

Para más información y entrevistas

Gabinete de prensa Sociedad Española de Columna Vertebral
Euromedia Comunicación Grupo Telf. 954 62 27 27
Javier Barrera 619 10 25 54