



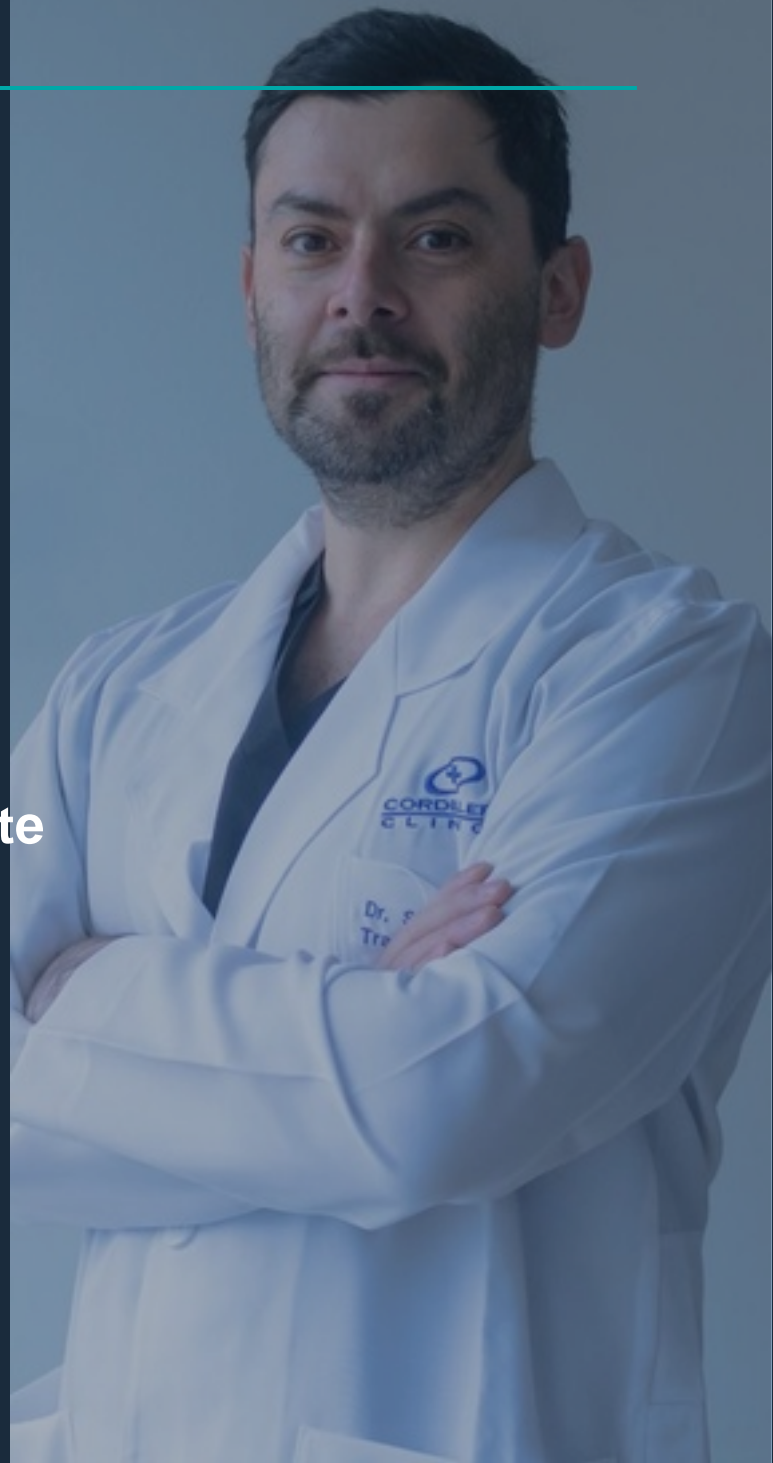
DR. SERGIO CASTILLO

Traumatólogo · Cirugía de Columna

CIÁTICA:

La guía que tu médico no tuvo tiempo de explicarte

Qué es, por qué duele, cuándo necesita cirugía y cómo llegar preparado a tu consulta.



SOBRE EL AUTOR



Dr. Sergio Castillo Rivera

Traumatólogo · Subespecialista en Cirugía de Columna

Médico cirujano desde 2009, egresado de la Universidad de Santiago de Chile. Tras cinco años ejerciendo como médico general de zona en el sur de Chile, se especializó en Ortopedia y Traumatología en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Posteriormente realizó un Master y Fellowship en Cirugía de Columna en la Universidad de Barcelona, España.

Desde 2017 se dedica exclusivamente a la cirugía de columna, combinando su práctica en el Hospital Dr. Sótero del Río con atención privada. A lo largo de su carrera ha tratado pacientes en todos los niveles del sistema de salud chileno.

Lo que lo llevó a dedicarse a la columna fue el impacto directo y medible que tiene en la vida de las personas. Aliviar un dolor que llevaba meses limitando a alguien — devolverle la capacidad de trabajar, dormir, moverse, disfrutar — es una de las experiencias más significativas que puede tener un cirujano.

INTRODUCCIÓN

Si estás leyendo esto, probablemente llevas semanas o meses con un dolor que nadie ha logrado explicarte bien.

Quizás te dijeron que eran las várices. Quizás te hicieron exámenes vasculares que salieron normales. Quizás tienes un informe de resonancia lleno de términos que no entiendes, o te han dado opiniones distintas sobre si necesitas o no una cirugía. Quizás simplemente tienes miedo — y no sabes qué preguntas hacer.

Esta guía existe por una razón simple: la ciática es una de las condiciones más frecuentes y más mal entendidas que existen. No porque sea complicada, sino porque nadie se toma el tiempo de explicarla bien.

En estas páginas vas a encontrar lo que el Dr. Sergio Castillo Rivera explica a sus pacientes en consulta — sin jerga innecesaria, sin alarmar, y sin esconder información. Vas a entender qué es realmente la ciática, por qué se confunde con otras enfermedades, qué significan tus imágenes, cuándo se opera y cuándo no, y qué preguntas deberías hacerle a tu médico.

Importante: Esta guía no reemplaza una consulta médica. Pero sí te va a ayudar a llegar a esa consulta mejor preparado — y eso, muchas veces, cambia todo.

1

¿Qué es realmente la ciática?

Cuando el médico dice "tienes ciática", muchos pacientes salen de la consulta con más dudas que antes. ¿Es una enfermedad? ¿Es permanente? ¿Por qué duele en la pierna si el problema está en la espalda?

La ciática **no es un diagnóstico en sí mismo** — es un síntoma. Significa que el nervio ciático, el nervio más largo del cuerpo, está siendo irritado o comprimido en algún punto de su recorrido.

Este nervio nace en la zona lumbar de la columna, formado por raíces que salen entre las vértebras L4, L5 y S1. Desde ahí baja por el glúteo, recorre la parte posterior del muslo, pasa por detrás de la rodilla, y se ramifica hasta el pie. Por eso el dolor "viaja" — porque sigue el camino del nervio.

¿Qué la causa?

La razón más frecuente es una **hernia de disco**. Entre cada vértebra existe un disco intervertebral — una especie de amortiguador con un núcleo gelatinoso en su interior. Cuando ese núcleo se desplaza hacia afuera, puede presionar directamente sobre una de las raíces nerviosas que forman el ciático. Esa presión es lo que genera el dolor, el hormigueo, o la sensación de descarga eléctrica que baja por la pierna.

Lo más importante que debes entender: el dolor que sientes en la pierna tiene su origen en la columna, no en la pierna misma. Tratar la pierna sin tratar la columna es como apagar la alarma sin apagar el incendio.

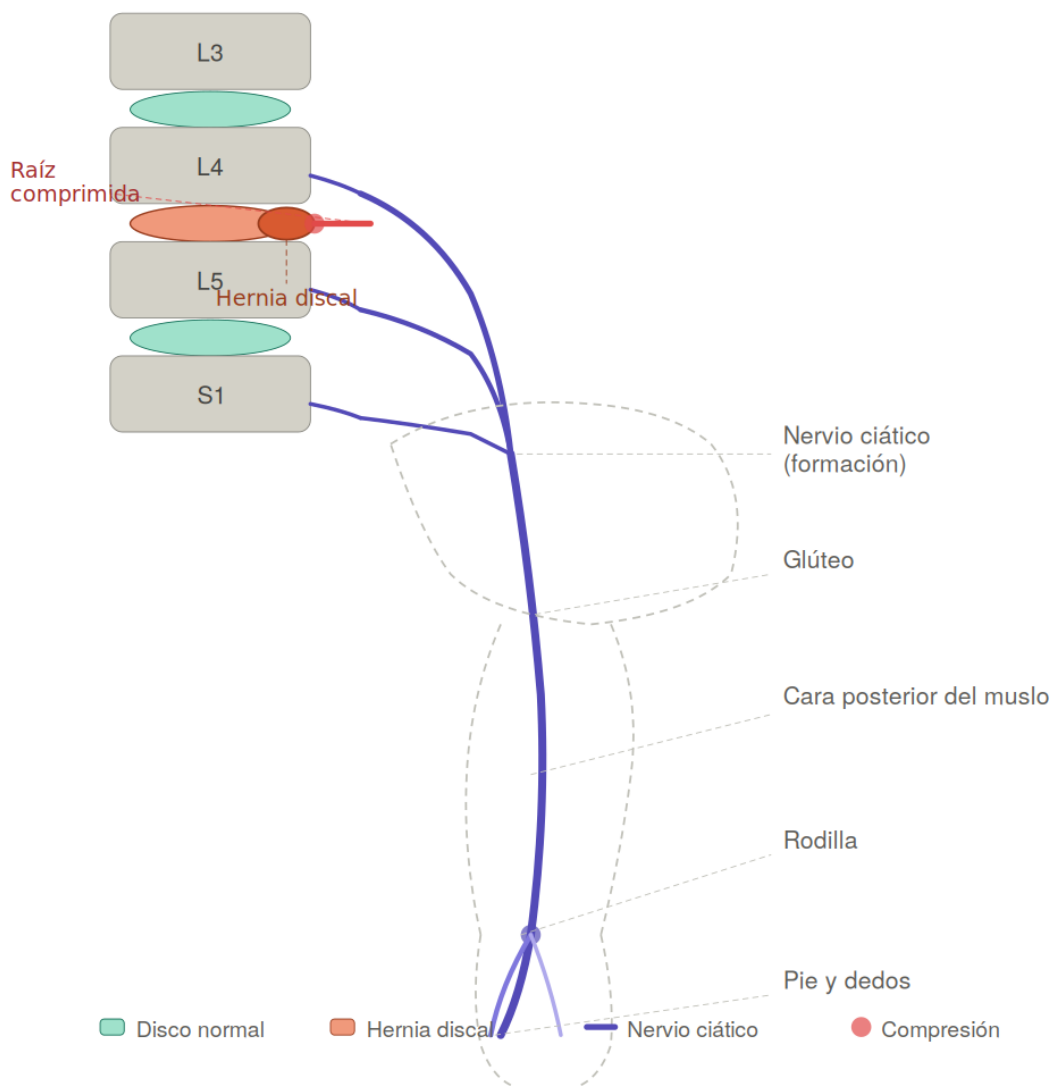


Figura 1 — Recorrido del nervio ciático (L4-L5-S1 hasta el pie). La hernia discal comprime la raíz nerviosa (marcado en rojo).

2

¿Por qué me mandaron al angiólogo si era mi columna?

Si pasaste meses tratándote las várices mientras tu columna esperaba, no estás solo — y el médico que te derivó no necesariamente se equivocó por descuido. La confusión entre ciática y patología vascular es uno de los errores diagnósticos más frecuentes, y tiene razones concretas.

Primera razón: las dos condiciones conviven en el mismo paciente

Las várices y las hernias de disco afectan con mayor frecuencia a personas en la misma etapa de la vida — adultos entre 40 y 60 años, muchas veces con trabajos que implican estar de pie o sentado por largas horas. Es perfectamente posible tener ambas cosas al mismo tiempo. El problema ocurre cuando se trata lo que se ve — las várices visibles en la pierna — sin investigar si hay algo más profundo en la columna.

Segunda razón: la ciática no siempre duele en la espalda

Mucha gente asume que si el problema está en la columna, debe doler la espalda. Pero no siempre es así. En algunos pacientes la compresión del nervio genera dolor exclusivamente en la pierna — sin ninguna molestia lumbar. Esto desorienta tanto al paciente como al médico, porque no hay una señal obvia que apunte hacia arriba.

Tercera razón: el dolor se parece

Tanto la insuficiencia venosa como la ciática pueden generar dolor, pesadez y cansancio en la pierna, especialmente al estar mucho tiempo de pie o caminando. Sin un examen clínico dirigido, la descripción que hace el paciente puede encajar en cualquiera de las dos.

¿Cómo se distinguen?

El dolor ciático típicamente sigue un trayecto definido — baja por la parte posterior o lateral de la pierna siguiendo el nervio — y frecuentemente se acompaña de hormigueo, adormecimiento, o sensación de descarga eléctrica. El dolor vascular en cambio tiende a ser más difuso, sin ese recorrido característico, y mejora claramente con el reposo. Además, la ciática puede empeorar al toser, estornudar, o al estar sentado por mucho tiempo — algo que no ocurre con la patología venosa.

Si alguna vez te dijeron que tus imágenes vasculares eran normales pero el dolor persistía, probablemente era momento de mirar la columna.

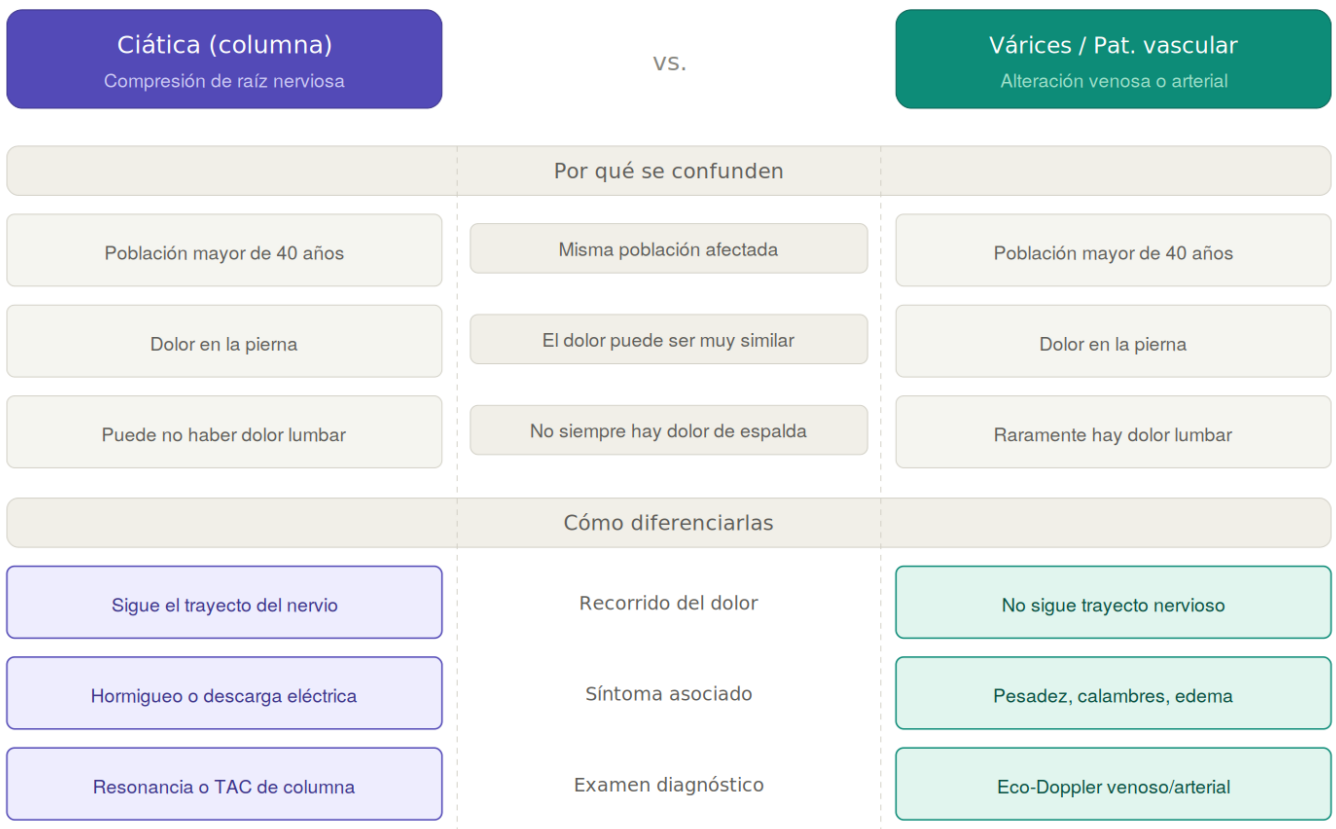


Figura 2 — Ciática vs. patología vascular: similitudes que generan confusión y claves para diferenciarlas.

3

Cómo reconocer tu propio dolor

No todos los dolores de pierna son ciática. Y no toda ciática es igual. Aprender a describir bien tu dolor puede acelerar mucho el diagnóstico correcto.

Características típicas de la ciática

- Sigue un recorrido: baja desde la zona lumbar o el glúteo hacia la parte posterior o lateral del muslo, la pierna, y a veces llega hasta el pie
- En algunos casos el dolor no baja por la pierna sino que se queda en el glúteo — esto ocurre típicamente cuando se afecta la raíz L5, y es igualmente ciática aunque no siga el recorrido clásico
- Se acompaña de hormigueo, adormecimiento, o sensación de corriente eléctrica
- Empeora al estar sentado por tiempo prolongado, al toser, estornudar, o al hacer fuerza
- Puede ser de un solo lado — aunque hay casos en que afecta ambas piernas
- En algunos pacientes mejora al caminar y empeora al estar quieto; en otros es al revés

Por eso es importante no autodiagnosticarse solo en base a dónde duele. La localización exacta del dolor, su intensidad, su evolución en el tiempo, y las imágenes adecuadas deben ser evaluadas en conjunto por un especialista.

■ SEÑALES DE ALERTA — Consulta de urgencia

La mayoría de las ciáticas no son una emergencia. Pero estos síntomas requieren evaluación inmediata:

- Pérdida de control de orina o deposiciones
- Adormecimiento en la zona genital o interior de los muslos
- Debilidad importante en la pierna — que el pie "caiga" al caminar, o que no puedas sostener peso
- Pérdida severa o total de la sensibilidad en toda la extremidad
- Dolor muy intenso que no cede con reposo ni con analgésicos indicados por un médico
- Dolor que aparece de forma brusca o que se instala en menos de dos semanas, especialmente en menores de 20 años o mayores de 50
- Dolor lumbar con o sin dolor en la pierna acompañado de fiebre — puede indicar una infección en la columna
- Dolor lumbar con o sin dolor en la pierna acompañado de pérdida de peso significativa sin causa aparente
- Dolor que apareció tras un traumatismo fuerte



Figura 3 — Señales de alerta. Rojo: riesgo neurológico grave. Ámbar: sospecha de causa no discal.

4

Qué significan tus imágenes

Después de meses con dolor, finalmente tienes un sobre con radiografías o un informe de resonancia en la mano. Pero el informe está lleno de términos que no entiendes, y nadie te explicó qué significa cada cosa. Este capítulo es para eso.

La radiografía (Rx)

Es el examen más básico y el primero que generalmente se solicita. Muestra bien los huesos — las vértebras, su alineación, y el espacio entre ellas. **Lo que no muestra es el disco intervertebral ni el nervio.** Por eso una radiografía normal no descarta una hernia de disco ni una ciática.

- Reducción del espacio entre vértebras — indicio indirecto de desgaste del disco
- Desalineación o desplazamiento de una vértebra sobre otra
- Cambios en los huesos que pueden sugerir artrosis, fractura, o lesiones más serias

La resonancia magnética (RM)

Es el examen más importante para el diagnóstico de la ciática. A diferencia de la radiografía, la resonancia muestra los tejidos blandos — el disco, el nervio, los ligamentos. Permite ver exactamente dónde está la hernia, qué tan grande es, y si está comprimiendo alguna raíz nerviosa.

El continuo del desgaste discal: discopatía → protrusión → hernia

Los informes usan palabras como "discopatía", "protrusión" y "hernia" — y muchos pacientes creen que son cosas completamente distintas. En realidad, son **etapas de un mismo proceso continuo** de desgaste del disco:

- **Discopatía:** es el punto de partida. El disco empieza a perder altura, hidratación y elasticidad. Es un proceso degenerativo, muchas veces silencioso al principio.
- **Protrusión:** el disco desgastado empieza a abombarse hacia afuera, como un neumático con presión excesiva. Es una hernia pequeña — el núcleo empuja pero la envoltura del disco aún está intacta.
- **Hernia discal:** el núcleo gelatinoso rompe la envoltura y sale hacia el canal donde pasan los nervios, pudiendo comprimirlos directamente.

Las hernias **no aparecen en discos sanos**. Siempre existe una discopatía previa que debilita el disco hasta ese punto. Por eso en un mismo informe puedes ver varios de estos términos a la vez — reflejan distintas etapas del mismo proceso en distintos niveles de tu columna.

El escáner o TAC

Es útil cuando se necesita ver mejor los huesos — por ejemplo en fracturas, o cuando hay implantes metálicos que distorsionan la resonancia. Para el diagnóstico de ciática por hernia de disco, la

resonancia es superior.

Una advertencia importante: Los informes de imágenes describen lo que ven — no necesariamente lo que te está doliendo. Es muy frecuente encontrar hernias en personas sin ningún dolor, y también encontrar pacientes con dolor intenso cuyas imágenes parecen casi normales. Las imágenes siempre deben interpretarse junto con tu historia clínica y el examen físico.

5

¿Cuándo se opera y por qué?

"¿Me van a operar?" es probablemente la pregunta que más miedo genera cuando tienes una hernia de disco. La buena noticia es que la mayoría de las ciáticas no terminan en cirugía. Pero hay situaciones donde operar es la decisión correcta.

La regla general: el tiempo es el primer tratamiento

La mayor parte de las hernias de disco mejoran con el tiempo. El disco puede reabsorberse parcialmente, la inflamación cede, y el nervio se recupera. Entre el 80% y el 90% de los pacientes con ciática mejoran sin cirugía en un plazo de 6 a 12 semanas con tratamiento conservador adecuado — reposo relativo, analgésicos, antiinflamatorios, y kinesioterapia.

Cuando la cirugía no es necesaria

Si tu dolor es tolerable, está mejorando progresivamente, y no tienes señales de alerta, el tratamiento conservador es el camino correcto. **Tener una hernia visible en la resonancia no es indicación de cirugía por sí sola** — lo que importa es cómo estás tú, no solo cómo se ve la imagen.

Cuando la cirugía es una opción electiva

Hay pacientes cuya calidad de vida está seriamente comprometida después de semanas de tratamiento conservador bien hecho. Los criterios para considerar cirugía electiva:

- Dolor intenso que no ha mejorado tras **6 semanas** de tratamiento conservador adecuado
- Dolor que limita las actividades cotidianas — trabajar, caminar, sentarse, dormir
- Dolor que no se controla con los medicamentos y medidas habituales indicadas por un médico
- Múltiples visitas al servicio de urgencia por el mismo episodio de dolor
- Dolor que no permite dormir ni descansar de forma adecuada

Si reconoces tu situación en dos o más de estos puntos, es el momento de tener una conversación honesta con tu especialista sobre si la cirugía es la opción correcta para ti.

El camino más rápido hacia una vida normal

Para muchos pacientes, la cirugía es en realidad el camino más rápido y predecible para volver a una vida normal — familiar, laboral, con plena funcionalidad. Una hernia discal se puede resolver hoy con una cirugía mínimamente invasiva, ambulatoria, que no requiere hospitalización:

Tiempo	Qué puedes hacer
2 semanas	Retomar trabajo administrativo o de escritorio
6 semanas	Realizar las labores del hogar con normalidad

3 meses

Volver a practicar deportes de alta exigencia física

En contraste, un tratamiento de rehabilitación kinésica puede extenderse por 6 meses — y si al final no logra el alivio esperado, el paciente igual termina necesitando la cirugía, pero habiendo perdido medio año. Esto no significa que todos deban operarse: significa que la cirugía, cuando está bien indicada, puede ser simplemente la opción más eficiente.

Cuando la cirugía es urgente

Las siguientes situaciones requieren cirugía sin demora:

- Pérdida de control de orina o deposiciones
- Debilidad progresiva en la pierna — cada día sin operar puede significar daño nervioso permanente
- Pérdida severa o total de la sensibilidad en la extremidad
- Dolor intratable que no cede con ningún tratamiento

Desconfía de quien solo te ofrece una opción

Cada paciente es diferente. Un buen especialista evalúa todas las alternativas y explica los pros y contras de cada una. Si un profesional te dice categóricamente "la cirugía por ningún motivo" y solo te ofrece una línea de tratamiento — ya sea solo medicamentos, solo quiropraxia, solo kinesiología — probablemente no tiene el conocimiento suficiente para guiarte bien.

La decisión correcta es la que se toma con información completa, considerando tu caso específico, tu dolor, tu vida, y tus objetivos de recuperación.

6

Qué preguntas hacerle a tu médico

Llegar bien preparado a una consulta médica cambia completamente la calidad de la atención que recibes. El médico tiene tiempo limitado — si tú llegas con las preguntas correctas, la conversación es más productiva y sales con respuestas reales.

Sobre el diagnóstico

- ¿Mi dolor es efectivamente una ciática o hay otro diagnóstico posible?
- ¿En qué nivel de mi columna está el problema — L4, L5, S1?
- ¿La hernia que aparece en mi resonancia correlaciona con mis síntomas, o puede haber otra causa?
- ¿Qué tan avanzado está el desgaste de mi disco?

Sobre el tratamiento

- ¿Cuáles son todas mis opciones de tratamiento — no solo una?
- ¿Cuánto tiempo debería darle al tratamiento conservador antes de evaluar la cirugía?
- ¿Qué tipo de kinesiología o fisioterapia es la más adecuada para mi caso?
- ¿Qué medicamentos puedo tomar y por cuánto tiempo?

Sobre la cirugía — si está en discusión

- ¿Qué tipo de cirugía sería en mi caso y cómo se realiza?
- ¿Es una cirugía ambulatoria o requiere hospitalización?
- ¿Cuáles son los riesgos específicos para mi caso?
- ¿Cuánto tiempo tomaría mi recuperación y qué puedo esperar en cada etapa?
- ¿Qué pasa si decido no operarme — cuál es el riesgo de esperar?

Sobre el seguimiento

- ¿Qué síntomas deberían hacerme volver antes de la próxima consulta programada?
- ¿Necesito nuevas imágenes o con las que tengo es suficiente por ahora?
- ¿Hay algo que pueda hacer o evitar para no empeorar mientras espero?

Una última recomendación: Lleva anotado tu dolor antes de entrar — desde cuándo lo tienes, cómo comenzó, dónde duele exactamente, qué lo mejora y qué lo empeora, y qué tratamientos ya has hecho. Esa información vale más que cualquier examen.

Un especialista que te escucha, te examina, correlaciona tu historia con tus imágenes, y te explica todas tus opciones — ese es el médico que necesitas.

CIERRE

Si llegaste hasta aquí, ya sabes más sobre tu columna que la mayoría de las personas que conviven con este dolor en silencio.

Entiendes que la ciática es un síntoma, no una condena. Que una hernia en la resonancia no significa necesariamente una cirugía, pero que la cirugía tampoco es el enemigo — bien indicada, es muchas veces el camino más rápido y predecible hacia una vida normal. Que hay señales de alerta que no puedes ignorar. Y que mereces un especialista que te escuche, te examine, y te explique todas tus opciones.

El dolor de columna tiene solución. No siempre es fácil ni inmediata, pero existe — y el primer paso es estar informado.

Si tienes dudas, si reconociste tu situación en alguna parte de esta guía, o si simplemente quieres una evaluación por un especialista, no esperes más. Cada semana que pasa con dolor no tratado correctamente es una semana menos de vida normal.

Dr. Sergio Castillo Rivera

Traumatólogo · Subespecialista en Cirugía de Columna

Hospital Dr. Sótero del Río · Práctica privada

www.drsergiocastillo.com

Instagram: @dr.scastillor · TikTok: @drscastillor

scastillomd@gmail.com

Instagram: @dr.scastillor | TikTok: @drscastillor

scastillomd@gmail.com | www.drsergiocastillo.com



Tu columna te sostiene. Cuídala.