

Subregistro de la hernia discal lumbar como enfermedad. Necesidad de un cambio de paradigma

Débora Joanna Gamarra Leimann⁽¹⁾

⁽¹⁾Especialista en Ortopedia y Traumatología. Médica Titular de Comisión Médica Jurisdiccional. Superintendencia de Riesgos de Trabajo. Buenos Aires, Argentina. ORCID: 0000-0001-7661-850x

Correspondencia:

Débora Joanna Gamarra Leimann

Correo electrónico: *doctora.debora@gmail.com*

La cita de este artículo es: Débora Joanna Gamarra Leimann. Subregistro de la hernia discal lumbar como enfermedad. Necesidad de un cambio de paradigma. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2025; 34(4):405-419

RESUMEN.

Introducción: En Argentina es bajo el reconocimiento de la enfermedad discal lumbar (HDLs). La nomenclatura del Grupo de Trabajo Combinado (GTC) normalizaría su definición facilitando su registro. Se desconoce si se utiliza. Este trabajo evalúa su uso entre profesionales en diagnóstico por imágenes y si modifica la opinión de los profesionales en la atención de la columna.

Material y Métodos: Se realizó una encuesta a profesionales en Diagnóstico por Imágenes, Neurocirugía, Ortopedia y Traumatología. Se consultó sobre la nomenclatura del GTC, lumbalgia y exposición laboral.

Resultados: El 54% (± 2) utiliza la nomenclatura del GTC para HDLS. La morfología discal no modificaría la opinión sobre la etiopatogenia del dolor en el 62.9% de los encuestados.

UNDERREPORTING OF LUMBAR DISC DISEASE. NEED FOR A PARADIGM SHIFT.

ABSTRACT

Introduction: In Argentina, lumbar disc disease (LDD) is under-recognized. The Combined Working Group (CWG) nomenclature would standardize its definition, facilitating its registration. It is unknown whether it is currently in use. This study evaluates its use among diagnostic imaging professionals and whether it changes their opinions regarding spinal care.

Materials and Methods: A survey was conducted among physicians dedicated to diagnostic imaging and those dedicated to neurosurgery, orthopedics, and traumatology. They were asked about the GTC nomenclature, low back pain, and occupational exposure.

Conclusiones: El uso de la nomenclatura del GTC es de uso bajo a moderado. La mayoría de los profesionales no modifica su opinión sobre la etiopatogenia de la lumbalgia por la morfología discal informada.

Palabras clave: Nomenclatura del Grupo Combinado de trabajo; Lumbalgia; hernia discal; factores de riesgo.

Results: Fifty-four percent (± 2) uses the CWG nomenclature for LDD; the discal morphology would not change the opinion on the etiopathogenesis of pain in 62.9% of those surveyed.

Conclusions: The use of the GTC nomenclature for the definition of LDD is low to moderate. For most respondents, disc morphology is not a determining factor in their opinion on the etiopathogenesis of low back pain.

Keywords: combined task force nomenclature disc; Low Back Pain; disk desplacement; Risk factors.

Fecha de recepción: 2 de septiembre de 2025

Fecha de aceptación: 21 de diciembre de 2025

Introducción

En Argentina el subregistro de las enfermedades profesionales (EP), en relación a los registros de empleos y factores de riesgo asociados, evidencia la baja representatividad de la realidad. Esto impacta en la prevención y atención de la salud de los trabajadores⁽¹⁾. Esto estaría vinculado al bajo nivel de reconocimiento por parte de las aseguradoras y servicios de Medicina Laboral⁽²⁾ (el 60% de las EP registradas son diagnosticadas por otros prestadores de salud)⁽³⁾ y al mal registro (al menos el 10% son denunciadas como accidentes de trabajo)⁽⁴⁾.

La EP de la columna vertebral ocupa el primer puesto en el registro de litigios judiciales,⁽⁵⁾ coincidiendo con la alta prevalencia de lumbalgia entre los trabajadores^(6,7,8). En Argentina está

reconocida como EP la hernia de disco lumbosacra (HDLS), de un único segmento columnario, asociada a las tareas de carga y posiciones forzadas (FR), realizadas al menos por 3 años. La legislación carece de una definición para HDLS lo que podría influir en su subregistro⁽⁹⁾. Esta falencia es solo expresión del desacuerdo global en su nomenclatura y a la cuestionada confiabilidad de la Resonancia Magnética (RM) como gold standard diagnóstico⁽¹⁰⁾.

La primera nomenclatura sugerida por el Grupo de Trabajo Combinado (GTC), versión 1.0, tuvo su principal enfoque en unificar criterios médico-Imagenológicos, habría sido ampliamente utilizada y tendría sustancial fiabilidad⁽¹¹⁾. El GTC definió a la HDLS como “el desplazamiento a $\geq 3\text{mm}$ por fuera del límite del platillo vertebral de la zona posterior del disco”, en el plano axial

de RM, en T2. Tal desplazamiento podía ser “focal” (si comprometía hasta un cuadrante), “de base amplia” (si abarcaba más de un cuadrante), o “intravertebral” (hernia de Schmörl); y según sus dimensiones podía ser una “protrusión” o “extrusión”⁽¹²⁾.

En 2014, ante la persistencia de desacuerdos, pero de orden médico-jurídico, el GTC publicó la versión 2.0, donde redefinen la HDLS como “el desplazamiento subtipo focal” exclusivamente; y redefinen al subtipo “de base amplia” como “abombamiento asimétrico”⁽¹³⁾.

Son pocos los trabajos que respaldan la idea de que es amplio el uso de esta nomenclatura para el diagnóstico de HDLS⁽¹⁴⁾ y se desconoce si se utiliza en Argentina, lo cual genera incertidumbre sobre si es recomendable como guía para aseguradoras, peritos y organismos vinculados a la medicina laboral.

El objetivo general del trabajo es evaluar el uso de la nomenclatura del GTC entre médicos/as dedicados al diagnóstico por imágenes; y el objetivo específico es evaluar la influencia de la descripción del disco en la opinión sobre la etiopatogenia del dolor, entre los médicos/as dedicados a la atención de la columna.

Material y Métodos

Se realizaron dos encuestas a través del software de administración de encuestas Google Forms y se difundieron entre Julio a Diciembre de 2023. Una fue dirigida a médicos/as con dedicación al Diagnóstico por Imágenes (asociados a Sociedad Argentina de Radiología -SAR-, y Federación Argentina de Radiología -FAARDIT-). A este conjunto se los denominó grupo EDI. Otra fue dirigida a médicos/as con dedicación a la atención de la Columna, socios de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología (AAOT) y la Asociación Argentina de Neurocirugía (AANC). A este conjunto se los denominó grupo EC. Ambas encuestas contaban con preguntas ocupacionales: 1 para el grupo EC y 2 para EDI; y preguntas específicas sobre la nomenclatura

del GTC: 4 (cuatro) para el grupo EC (todas de respuesta cerrada y opción única), y 9 para el grupo EDI (2 de respuesta múltiple y 7 de respuesta única).

Todas las preguntas fueron cegadas (solo para los encuestados) en relación al objetivo principal de la investigación.

El estudio cumplió con la Declaración de Helsinki y las respectivas aprobaciones de las Asociaciones científicas que colaboraron en la difusión de las encuestas, garantizando el anonimato de los participantes y de los datos obtenidos; todos los participantes otorgaron su consentimiento para el estudio.

Metodología estadística

Las variables continuas se resumen con la media y desvío estándar (DE) si cumplen el supuesto de normalidad o con la mediana y los cuartiles 1 (Q1) y 3 (Q3) si no se cumple dicho supuesto. Las variables categóricas se resumieron en frecuencia y porcentaje. Para analizar las variables respecto a las características de los encuestados, para las categóricas, el test Chi-cuadrado o test de Fisher y para las continuas el test t-Student si se cumplía el supuesto de normalidad y el test de Wilcoxon en caso de que no se verifique dicho supuesto. Para analizar el supuesto de normalidad de las variables continuas se aplicó el test de Shapiro-Wilk. En todos los test el nivel de significación empleado fue 0.05. Para el procesamiento de los datos se utilizó el software R.

Resultados

La AAOT envió la encuesta en 3 fechas distintas, a 5387 direcciones de mails, obteniendo un promedio de 1495 visualizaciones en los 3 envíos. En relación a AANC, SAR y FAARDIT no pudimos obtener tales datos.

Para el grupo EDI se obtuvieron un total de 138 respuestas (77 de la SAR y 61 de la FAARDIT), para un total de al menos 5 mil socios, en 2023. Se perdieron 8 respuestas (2 en la pregunta 8, 5 en la pregunta 7 y 1 en la pregunta 4).

Para el grupo EC se obtuvieron un total de 321 respuestas (18 de la AANC y 303 de la AAOT), para un total de al menos 5387 socios para AAOT en 2023). De la AANC no pudimos obtener datos sobre el número de socios. No se perdieron respuestas.

No se excluyó ninguna de encuesta de ninguno de los grupos.

Datos ocupacionales

Grupo EC

Del total (N= 321) el 61% (n=196) tenían más de 5 años de antigüedad en la especialidad (Tabla 1).

Grupo EDI

Del total (N=138) el 82.6% eran especialistas (n=114). El 43.5% tenía más de 5 años de antigüedad (n=60/114). El 47.5% (n=65/138) se dedicaba a musculoesquelético (DME), de los cuales el 90.8% (n=59/65) se dedicaban a RM (Tabla 2).

Datos sobre la nomenclatura del grupo GTC.

Grupo EC

Se consideró que utilizaba la nomenclatura propuesta por el GTC si respondía la opción C o D a la pregunta 2, y la opción B o C a la pregunta 3. El 24.9% contestó de acuerdo a los conceptos del GTC, con una distribución mayor en los grupos extremos (residentes y especialista > 5 años), con un valor de p significativo para la pregunta 2 (Tabla 3). Para el concepto específico HDLS (protrusión/extrusión), del GTC, el uso fue 29.5%. (Tabla 4).

Grupo EDI

Se consideró que utilizaba los criterios del GTC si: A la pregunta 2 responde B; a la pregunta 3 responde “protrusión y extrusión” o solamente “protrusión”; a la pregunta 4 responde “no”; a la pregunta 5 responde C; a la pregunta 6 y 7 responde “si”; y a la pregunta 8 responde A. Del total de encuestados/as el 2.8% utiliza la nomenclatura general recomendada por el GTC. Para el concepto específico de HDLS la

asociación protrusión/extrusión discal fue elegida por el 43.5% del total (n=60/138). El 10.9% elige solamente protrusión y 9.4% elige solamente extrusión. Para el subgrupo DME el uso fue del 52.31% (56.16% del no DME). Las respuestas correctas se analizaron de manera independiente, según la dedicación a musculoesquelético (Figura 1) y antigüedad (Figura 2) observándose una leve tendencia de mayor uso de la nomenclatura entre los no DME y de mayor antigüedad. Así pues se encontró:

Uso muy alto (>90%) en el abandono del término “prolapso” (pregunta 4), y la nominación de la ubicación de los discos según la posición de las vértebras (pregunta 8), con mayor uso en los residentes (100%) y DME (≥95%).

Uso alto (>65%) en el concepto de que es posible diferenciar una hernia aguda de una crónica (pregunta 6) con mayor representatividad a mayor antigüedad (88.3%) y dedicación (83.1%).

Uso moderado (≥50≤65%) para la posibilidad de distinguir la superposición de una hernia de disco aguda sobre una crónica (pregunta 7) y para la denominación morfológica recomendada para hernia de disco: “protrusión y extrusión” (pregunta 3). El uso fue mayor entre los especialistas más antiguos (>60% < 65%) y muy bajo para los residentes (<42%). No hubo diferencias significativas entre los DME (54% +/- 2).

Uso bajo (< 50%) para los parámetros de medición de la altura del disco (pregunta 2) y la denominación relacionada al compromiso del anillo “fisura anular” (pregunta 5). No hubo diferencias significativas con la antigüedad ni la DME.

Datos sobre la morfología del disco.

Grupo EC

Para el 80% (n=257/321) un informe de “abombamiento discal” es indicativo de enfermedad (“discopatía” o “hernia”). El 68.6% de los encuestados no considera hernia discal la descripción de “abombamiento” ni de “protrusión”, la define como “discopatía”. El 15.5% consideró hernia discal al informe de “abombamiento”, el

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SEGÚN ANTIGÜEDAD_ GRUPO EC.

Preguntas(#)	Resid. ¹ (N=48)	Fellow ² (N=14)	Espec. ³ <5 años (N=63)	Espec. ³ >5 años (N=196)	P-value	Total (N=321)
1. Consulta por lumbalgia						
A. La más frecuente	37 (77.1%)	14 (100%)	49 (77.8%)	118 (60.2%)	0.002	218 (67.9%)
B. Muy frecuente	11 (22.9%)	0 (0%)	14 (22.2%)	76 (38.8%)		101 (31.5%)
C. Rara	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1.0%)		2 (0.6%)
2. Lumbalgia con «abombamiento» único discal en RM						
A. Es hernia de disco y le causa los síntomas	6 (12.5%)	0 (0%)	2 (3.2%)	4 (2.0%)	0.020	12 (3.7%)
B. Es hernia de disco pero podría no ser la causa	9 (18.8%)	2 (14.3%)	10 (15.9%)	17 (8.7%)		38 (11.8%)
C. No es hernia de disco, pero es discopatía y le causa los síntomas	24 (50.0%)	8 (57.1%)	43 (68.3%)	132 (67.3%)		207 (64.5%)
D. Es disco normal no asociado a los síntomas	9 (18.8%)	4 (28.6%)	8 (12.7%)	43 (21.9%)		64 (19.9%)
3. ¿Modificaría la opinión si se informase «protrusión»?						
A. No.	26 (54.2%)	9 (64.3%)	42 (66.7%)	125 (63.8%)	0.057	202 (62.9%)
B. Si, optaría por la A	13 (27.1%)	0 (0%)	6 (9.5%)	19 (9.7%)		38 (11.8%)
C. Si, optaría por la B	5 (10.4%)	2 (14.3%)	8 (12.7%)	37 (18.9%)		52 (16.2%)
D. Sí, optaría por la C	4 (8.3%)	3 (21.4%)	7 (11.1%)	15 (7.7%)		29 (9.0%)
4. Explica al paciente que levantar peso frecuentemente causa hernia discal						
A. Sí	9 (18.8%)	1 (7.1%)	6 (9.5%)	25 (12.8%)	0.525	41 (12.8%)
B. No, pero aumenta la frecuencia de aparición	33 (68.8%)	11 (78.6%)	49 (77.8%)	127 (64.8%)		220 (68.5%)
C. No, las causas son otras (edad, bipedestación, fumar, etc)	4 (8.3%)	2 (14.3%)	5 (7.9%)	23 (11.7%)		34 (10.6%)
D. No explico las causas	2 (4.2%)	0 (0%)	3 (4.8%)	21 (10.7%)		26 (8.1%)

¹Resid.=Residente en Ortopedia y Traumatología (OyT) o Neurocirugía (Nx), ²Fellow y/o subespecialista de columna (opción únicamente ya para especialistas en OyT) ³Espec.=Especialista en OyT y/o Neurocirugía. *** Las preguntas originales fueron resumidas a fines didácticos de publicación *ADS: Abombamiento discal simétrico; **ADA: Abombamiento discal asimétrico; ***PD: Protrusión discal; ****ED: Extrusión discal; ¹Ab: Abombamiento; ²DDAn: Deshidratación discal con altura normal; ³DDAd: Deshidratación discal con altura disminuida

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS SEGÚN PRÁCTICA LABORAL_GRUPO EDI.

Preguntas (#)	No me dedico a musculoesquelético (N=73)	Musculoesquelético (N=65)	P-value	Total (N=138)
A. Antigüedad				
Más de 5 años	31 (42.5%)	29 (44.6%)	<0.001	60 (43.5%)
Menos de 5 años	20 (27.4%)	34 (52.3%)		54 (39.1%)
Es residente	22 (30.1%)	2 (3.1%)		24 (17.4%)
B. Se dedica a				
Musculoesquelético	34 (47.2%)	0 (0%)	<0.001	34 (24.8%)
No Musculoesquelético	38 (52.8%)	0 (0%)		38 (27.7%)
No RM de Musculoesquelético	0 (0%)	6 (9.2%)		6 (4.4%)
RM de Musculoesquelético	0 (0%)	59 (90.8%)		59 (43.1%)
Missing	1 (1.4%)	0 (0%)		1 (0.7%)
1. Considera a la hernia discal una patología:				
Crónica	10 (13.7%)	0 (0%)	0.00163	10 (7.2%)
Pueden coexistir ambas situaciones	63 (86.3%)	64 (98.5%)		127 (92.0%)
Aguda	0 (0%)	1 (1.5%)		1 (0.7%)
2. La altura del disco la mide en una RM sagital:				
De cualquiera de las dos maneras	40 (56.3%)	38 (58.5%)	0.955	78 (57.4%)
Únicamente desde el centro del disco	20 (28.2%)	18 (27.7%)		38 (27.9%)
Únicamente desde la periferia del disco	11 (15.5%)	9 (13.8%)		20 (14.7%)
Missing	2 (2.7%)	0 (0%)		2 (1.4%)
3. ¿Cómo denomina morfológicamente a una hernia de disco?				
ADA**, ED****	6 (8.2%)	1 (1.5%)	0.0267	7 (5.1%)
ADA, PD***	2 (2.7%)	1 (1.5%)		3 (2.2%)
ADA, PD, ED	4 (5.5%)	5 (7.7%)		9 (6.5%)
ADS*, ADA	4 (5.5%)	0 (0%)		4 (2.9%)
ADS, ADA, PD, ED	9 (12.3%)	12 (18.5%)		21 (15.2%)
ED	7 (9.6%)	6 (9.2%)		13 (9.4%)
PD	5 (6.8%)	10 (15.4%)		15 (10.9%)
PD, ED	36 (49.3%)	24 (36.9%)		60 (43.5%)
ADA	0 (0%)	4 (6.2%)		4 (2.9%)
ADS, PD, ED	0 (0%)	2 (3.1%)		2 (1.4%)

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS SEGÚN PRÁCTICA LABORAL_GRUPO EDI.

Preguntas (#)	No me dedico a musculoesquelético (N=73)	Musculosquelético (N=65)	P-value	Total (N=138)
4. ¿"Prolapso discal" y "protrusión discal" lo usa como sinónimos?				
No	70 (95.9%)	63 (98.4%)	0.623	133 (97.1%)
Si	3 (4.1%)	1 (1.6%)		4 (2.9%)
Missing	0 (0%)	1 (1.5%)		1 (0.7%)
5. Define la "Zona de hiperintensidad en T2» en el anillo discal posterior como				
Ambos indistintamente	16 (21.9%)	12 (18.5%)	0.867	28 (20.3%)
Desgarro anular	30 (41.1%)	27 (41.5%)		57 (41.3%)
Fisura anular	27 (37.0%)	26 (40.0%)		53 (38.4%)
6. ¿Es posible distinguir una hernia aguda y una crónica?				
No	17 (23.3%)	11 (16.9%)	0.474	28 (20.3%)
Si	56 (76.7%)	54 (83.1%)		110 (79.7%)
7. Es posible distinguir una hernia aguda superpuesta a una crónica?				
No	31 (44.3%)	27 (42.9%)	1	58 (43.6%)
Si	39 (55.7%)	36 (57.1%)		75 (56.4%)
Missing	3 (4.1%)	2 (3.1%)		5 (3.6%)
8. ¿Cómo denomina los niveles discales?				
El Nro de disco (Ej: "Disco L3")	5 (7.0%)	3 (4.6%)	0.72	8 (5.9%)
La posición entre las vertebras del disco en cuestión (Ej: "Disco L2-3")	66 (93.0%)	62 (95.4%)		128 (94.1%)
Missing	2 (2.7%)	0 (0%)		2 (1.4%)
9. El término «discopatía» es sinónimo de:				
Ab ³ , DDA ¹ , DDA ²	1 (1.4%)	0 (0%)	-	1 (0.7%)
Ab, PD, ED	14 (19.2%)	4 (6.2%)		18 (13.0%)
Ab, PD, ED, DDA ¹ , DDA ²	10 (13.7%)	8 (12.3%)		18 (13.0%)
Ab, PD, ED, DDA ²	19 (26.0%)	20 (30.8%)		39 (28.3%)
DDA ²	2 (2.7%)	9 (13.8%)		11 (8.0%)
DDA ¹	2 (2.7%)	0 (0%)		2 (1.4%)
DDA ¹ ; DDA ²	7 (9.6%)	9 (13.8%)		16 (11.6%)
ED, DDA ²	2 (2.7%)	0 (0%)		2 (1.4%)
PD	4 (5.5%)	2 (3.1%)		6 (4.3%)
PD, DDA ²	4 (5.5%)	2 (3.1%)		6 (4.3%)
PD, ED	2 (2.7%)	4 (6.2%)		6 (4.3%)
PD, ED, DDA ²	2 (2.7%)	3 (4.6%)		5 (3.6%)
PD, ED, DDA ¹ , DDA ²	4 (5.5%)	2 (3.1%)		6 (4.3%)
Ab, PD, DDA ²	0 (0%)	1 (1.5%)		1 (0.7%)
Ab, PD, ED, DDA ¹	0 (0%)	1 (1.5%)		1 (0.7%)

(#) Las preguntas originales fueron resumidas a fines didácticos de publicación *ADS: Abombamiento discal simétrico; **ADA: Abombamiento discal asimétrico; ***PD: Protrusión discal; ****ED: Extrusión discal; ¹Ab: Abombamiento; ²DDA¹: Deshidratación discal con altura normal; ³DDA²: Deshidratación discal con altura disminuida

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS SEGÚN USO DE NOMENCLATURA GTC. USO GENERAL_GRUPO EC.

	Residente (N=48)	Fellow (N=14)	Especialista<5 años (N=63)	Especialista>5 años (N=196)	P-value	Total (N=321)
Pregunta2						
C o D	33 (68.8%)	12 (85.7%)	51 (81.0%)	175 (89.3%)	0.00446	271 (84.4%)
Otra opción	15 (31.3%)	2 (14.3%)	12 (19.0%)	21 (10.7%)		50 (15.6%)
Pregunta3						
B o C	18 (37.5%)	2 (14.3%)	14 (22.2%)	56 (28.6%)	0.21	90 (28.0%)
Otra opción	30 (62.5%)	12 (85.7%)	49 (77.8%)	140 (71.4%)		231 (72.0%)
Usa Nomenc. GTC						
No	33 (68.8%)	12 (85.7%)	51 (81.0%)	145 (74.0%)	0.367	241 (75.1%)
Si	15 (31.3%)	2 (14.3%)	12 (19.0%)	51 (26.0%)		80 (24.9%)

19.9% consideró al “abombamiento” una “variante normal del disco”. Hubo significancia estadística entre los grupos (Tabla 1). El 28% considera a la “protrusión” sinónimo de hernia discal. (Tabla 3) Del 19.9% (n=64/321) que consideró al abombamiento discal una variante normal el 62.5% (n=40/64) modifica su opinión si, en cambio, se informa “protrusión” pasando a considerarlo “discopatía”. De los que consideraban “discopatía” al abombamiento, el 20% modifican su opinión a “hernia discal” si el informe es “protrusión”. De los que consideraron al abombamiento una hernia discal (n=50/321) 14 (catorce) modificaron su respuesta ante un informe de protrusión, 11 de ellos la modificó vinculándolo directamente con el dolor lumbar (Tabla 4).

Grupo EDI

El 92% opina que pueden coexistir hernias agudas o crónicas, y el 56.4% considera que es posible distinguirlas. El 55% del total entiende al “abombamiento” como enfermedad discal (“discopatía”) y de los DME (n=65/138), lo hace

el 52%. El 34.8% consideró sinónimo de hernia de disco al “abombamiento asimétrico” y el 19.5% al “abombamiento simétrico”. Hubo significancia estadística, según antigüedad y dedicación (p=0.002). El 43.5% eligió la asociación protrusión y extrusión como sinónimo de HDLS. (Tabla 2).

En relación a la lumbalgia (sin signos de radiculopatía)

No se consultó al grupo EDI ya que los profesionales en imágenes no están vinculados a la historia clínica en la mayoría de los centros. Para el 67.9%, la lumbalgia es la consulta más frecuente en su consultorio, indistintamente de la antigüedad (Tabla 1) y el 97.5% no modificaría su respuesta ante un informe de RM (Tabla 5). Específicamente sobre el factor etiopatogénico del dolor: El 68.2% (n=219/321) atribuye al abombamiento el posible origen del dolor y el 3.7% (n=12/321) lo vincula directamente. El 62.9% no modifica su opinión ante un informe de RM porque use el término “abombamiento” o “protrusión”.

TABLA 4. CARACTERÍSTICAS SEGÚN USO DE NOMENCLATURA GTC. USO ESPECÍFICO PARA HDLS_GRUPO EC.

	A. Que tiene una hernia de disco y eso causa los síntomas (N=12)	B. Que tiene una hernia de disco pero no necesariamente eso le causa los síntomas (N=38)	C. Que NO tiene hernia de disco, pero tiene una discopatía que podría causarle los síntomas. (N=207)	D. Que es una variante normal del disco y por tanto los síntomas probablemente tienen otra etiología (N=64)	Total (N=321)
3. ¿Modificaría su respuesta anterior si la RM informara: «protrusión del disco L3-4»?					
A. No, le diría lo mismo que dije antes.	11 (91.7%)	25 (65.8%)	142 (68.6%)	24 (37.5%)	202 (62.9%)
B. Si, cambiaría mi respuesta a la opción A de la pregunta anterior	0 (0%)	8 (21.1%)	22 (10.6%)	8 (12.5%)	38 (11.8%)
C. Si, cambiaría mi respuesta a la opción B de la pregunta anterior	0 (0%)	2 (5.3%)	42 (20.3%)	8 (12.5%)	52 (16.2%)
D. Sí cambiaría mi respuesta a la opción C de la pregunta anterior	1 (8.3%)	3 (7.9%)	1 (0.5%)	24 (37.5%)	29 (9.0%)

Los que no vinculan directamente al abombamiento con el dolor (31.8%; n=102/321) mantienen su opinión ante un informe de protrusión en el 57.8% de los casos (n=59/102), el resto (13.3%; n=43/321) atribuyen ahora el dolor con el origen discal y laboral si se informa protrusión.

Así, del total de encuestados/as, el 81.6% atribuiría a un cuadro de lumbalgia la etiología discal, sin considerarla hernia discal según lo recomendado por el GTC (Tabla 4).

En relación al vínculo laboral

No se consultó al grupo EDI ya que los profesionales en imágenes no están vinculados a la historia clínica en la mayoría de los centros.

Para el grupo EC, el 68.5% concuerda en que hay mayor frecuencia de aparición de HDLS/

lumbalgia ante trabajos habituales de carga, un 12.8% asocia la aparición de HDLS directamente a la exposición laboral. El 10.6% no está de acuerdo con el vínculo laboral como etiopatogenia de la HDLS (Tabla 1).

Discusión

La lumbalgia tiene reconocida su alta prevalencia en poblaciones expuestas a tareas de carga y gestos repetitivos de la columna dorsolumbar;^[15,16] y es reconocida la asociación etiopatogénica con la patología discal^[17,18,19]. Esto es coincidente con la opinión mayoritaria de los encuestados, especialistas en atención de columna.

La falta de consenso en la definición de la HDLS se refleja en su ausencia en la mayoría de las

TABLA 4. CAMBIO DE OPINIÓN DEPENDIENTE DE UN INFORME DE RM QUE MODIFIQUE EL TÉRMINO “ABOMBAMIENTO” POR “PROTRUSIÓN DISCAL” _ GRUPO EC.

	Residente (N=48)	Fellow (N=14)	Especialista <5 años (N=63)	Especialista >5 años (N=196)	P-value	Total (N=321)
Cambio						
No cambio	48 (100%)	14 (100%)	62 (98.4%)	189 (96.4%)	0.659	313 (97.5%)
Cambio	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.6%)	7 (3.6%)		8 (2.5%)

publicaciones^(11,15) y nuestra legislación^(1,9). Esta dificultad es global y el GTC intentó acordar una nomenclatura en 2001⁽¹²⁾, para luego revisarla en 2014⁽¹³⁾. Entre los médicos/as encuestados, dedicados a informar RM, más de la mitad informaría como discopatía un abombamiento, otros inclusive como hernia discal. El uso general de la nomenclatura del GTC fue minoritario; para la definición propuesta para HDLS, el uso fue de bajo a moderado. A esta “mala comunicación” se le atribuyen grandes costos al sistema de salud⁽¹⁰⁾ y su persistencia tendría al menos tres fundamentos: Primero, la confiabilidad baja a moderada del método diagnóstico: la RM, como gold standard, tiene su confiabilidad supeditada a múltiples factores inherentes a la técnica y método (calidad del aparato y/o del paquete utilizado, tipo, cantidad, posición y distancia entre los cortes, incapacidad diagnóstica para una hernia en fase aguda dentro de un disco no degenerativo por falta de contraste entre el disco, el hueso cortical y el líquido cefalorraquídeo)^(20,21,22); a la subjetividad intra e interobservador^(15,23); a la ausencia de estrés mecánico durante el estudio en relación a la evidencia de la deformidad mecánica ejercida por la posición y las maniobras de Valsalva sobre el disco (FR)⁽¹⁶⁾; y a la relación poco clara entre la apariencia de la RM y la signo-sintomatología lumbar^(24,25,26). Segundo, la fiabilidad de las nomenclaturas para distinguir entre abombamiento y HDLS⁽²³⁾. El mayor grado de desacuerdo encontrado entre todas las nomenclaturas es entre abombamiento-hernia

discal y entre abombamiento-disco normal^(10,11). No hemos encontrado trabajos sobre la fiabilidad para estas categorías, ni entre las dos 2 versiones del GTC entre sí⁽²⁷⁾. Los encuestados también reflejaron un amplio desacuerdo. En una revisión sistemática sobre el tema, de 10 artículos que investigaban la fiabilidad para HDLS lo hacían en relación a la compresión radicular; cuatro de ellos evaluaban la fiabilidad interobservador de la versión 1.0 del GTC, e involucraban de 2 a 5 evaluadores. Arana et al. concluyen que la del GTC tiene un grado de fiabilidad sustancial intraobservador y moderado interobservador -igual que la nórdica- y Li Y, et al. concluyen que es moderado -al igual que la de Pfirrmann-^(11,14). Sobre la fiabilidad de la versión 2.0 del GTC, informada como alta, los autores llegan a dicha conclusión combinando 3 clasificaciones (GTC, Pfirrmann y Modic)⁽²⁸⁾. Una minoría de los encuestados/as, especialistas en la atención de la patología de columna, opina que el abombamiento es parte de un proceso de normalidad, y no lo asocia al dolor, o al FR. Otra minoría opina que la protrusión se asocia directamente al trabajo y al dolor. Para la mayoría ambas morfologías son expresión de “discopatía” y podrían asociarse al dolor, y acuerdan que la mayor frecuencia de aparición de HDLS se asocia a la exposición al FR; lo que nos lleva al tercer fundamento y posible denominador común de los dos anteriores: la fisioetiopatogenia de la alteración morfológica discal. La morfología discal ha sido relevante

FIGURA 1. PORCENTAJE DE ACIERTOS EN CADA PREGUNTA SEGÚN DEDICACIÓN A MUSCULOESQUELÉTICO_GRUPO EDI.

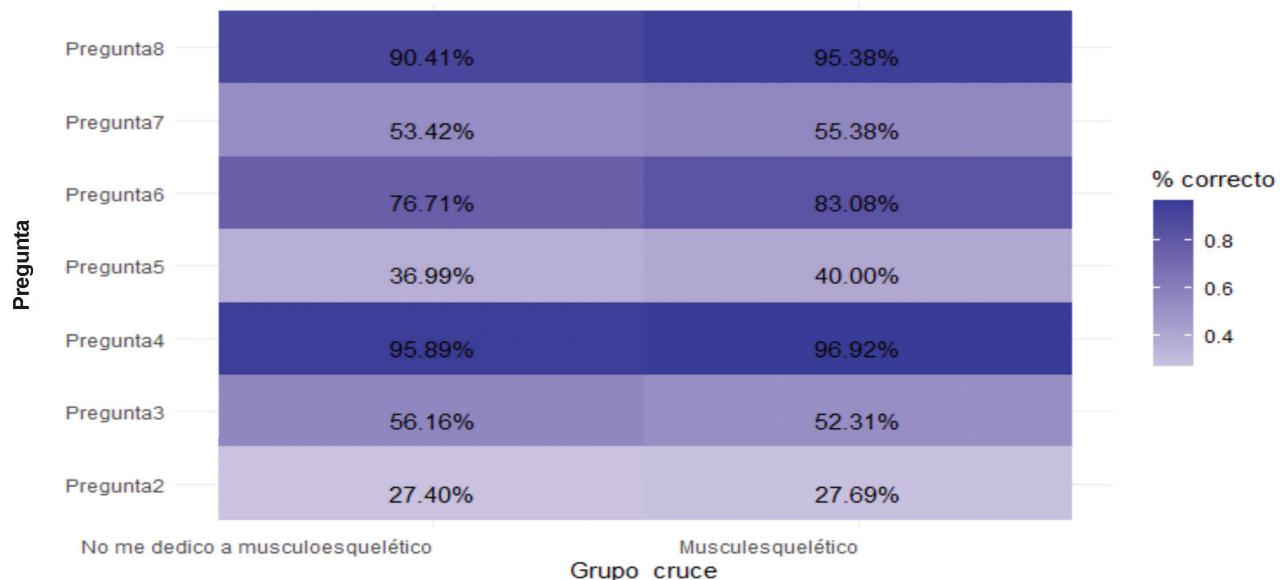
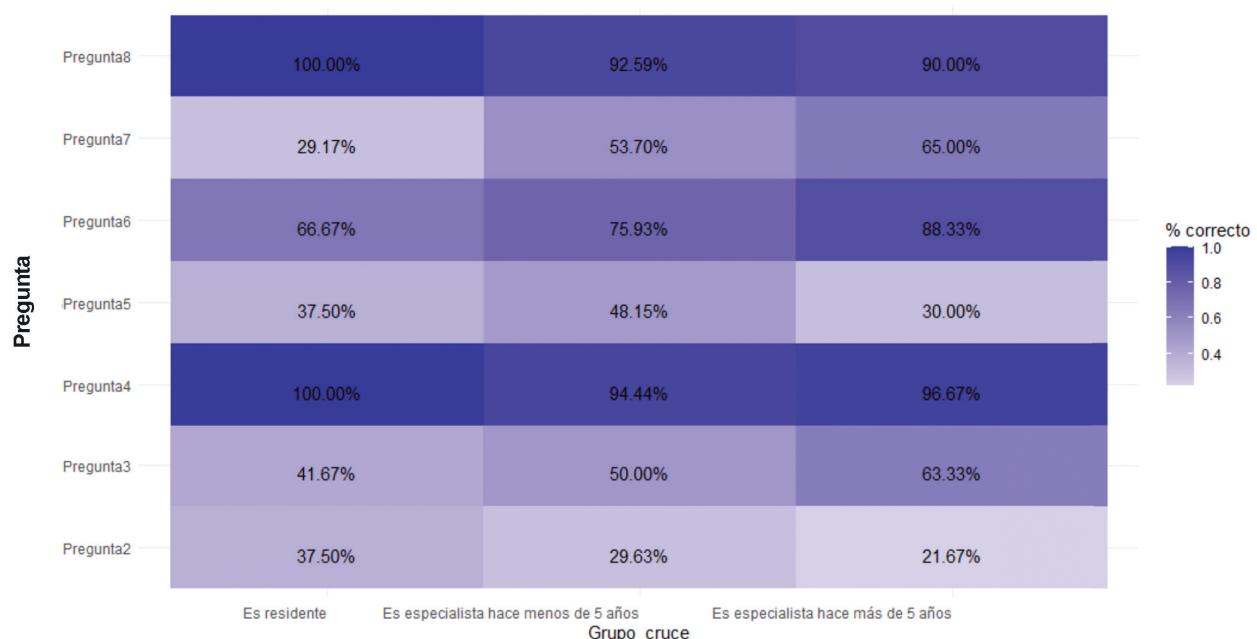


FIGURA 2. PORCENTAJE DE ACIERTOS EN CADA PREGUNTA SEGÚN ANTIGÜEDAD_GRUPO EDI.



exclusivamente en el ámbito de la seguridad laboral (lo que se ve reflejado, en la necesidad de revisión de primera versión del GTC en este concepto)⁽¹³⁾. Esto tiene que ver con el paradigma laboral actual: “la HDLS de un disco lumbar, como proceso patológico, se encuentra asociado al FR” y su inverso “el abombamiento discal se trata de un proceso adaptativo normal (ante escoliosis, listesis, etc) o producto del envejecimiento fisiológico, natural⁽¹²⁾ por tanto preexistente e inculpable”. Tales argumentos esgrimidos en la práctica cotidiana por aseguradoras, peritos, etc. que se ven reflejados en las modificaciones de la versión 2.0 y su argumento, no han podido ser confirmados, sino al contrario. Si bien el proceso discal degenerativo es de origen multifactorial, progresivo y parte natural del envejecimiento, desde principios del siglo XIX se acepta que la deshidratación discal progresiva y la exposición laboral son factores determinantes para la producción de una HDLS y dolor lumbar^(16,26,29,30). Habría consenso en que la deshidratación discal es generadora de la insuficiencia mecánica secundaria, su progresión se acelera por el estrés mecánico; al estrés mecánico se le atribuye el resto de las lesiones (abombamiento, desgarros anulares posteriores, protrusiones del disco, inestabilidad con o sin listesis, síndrome doloroso facetario, artrosis facetaria, deformidades de los platillos vertebrales, hipertrofia ligamentaria y pericapsular, osteofitosis, pérdida de la luz articular intervertebral, estrechamiento del canal y neuroforámenes). Dichos cambios aparecerían de modo cronológico indistinto, afectando al menos al 6% de la población menor de 20 años y al 79% de la población de 60 años^(31,32). Estadísticamente, la prevalencia de la discopatía y el dolor lumbar se acelera entre la 2da y 3ra década de vida, así como la mayor afectación de los 2 últimos discos lumbares (con mayor capacidad de movimiento y exposición a la carga mecánica demostrada)^(18,31). No se han encontrado diferencias histológicas ni

imagenológicas entre los cambios degenerativos discales fisiológicos y los patológicos por razones mecánicas^(29,31,32,33). El abombamiento, inclusive menor a 3mm, está casi siempre asociado a desgarros del anillo y deterioro de sus fibras de colágeno^(34,35). La evidencia coincide en que la expresión sintomática y el progreso degenerativo columnario -en su inevitable proceso de envejecimiento natural-aumenta de la mano con el trabajo⁽¹⁷⁾. El concepto de enfermedad triarticular ya ha sido propuesto^(32,36,37,38) y es reconocido por nuestra legislación para otras articulaciones⁽³⁹⁾. El paradigma centrado en la distinción morfológica discal en el contexto de antigüedad a la exposición laboral no ha logrado mejorar los disensos de su nomenclatura, lo que plantea la necesidad de un cambio del paradigma centrado en la unidad funcional columnaria (triarticular) ajustada al factor edad, además del tiempo de exposición al FR.

Este es el primer trabajo que analiza el uso de la nomenclaturas para la HDLS y abombamiento discal en Argentina, lo que permite a las entidades vinculadas a la Medicina Laboral conocer la opinión de los/as profesionales del ámbito asistencial, y comparar con la evidencia clínica. La fortaleza de la muestra (aleatoria y cegada) es que representa profesionales de cualquier institución del país, especialistas mayoritariamente, con alta concordancia entre la opinión y las publicaciones. La debilidad de este trabajo es el bajo número de muestra sobre el total de profesionales asociados.

En Argentina, el uso de la nomenclatura del GTC para la definición de HDLS es bajo a moderado entre los médicos/as encuestados, dedicados al diagnóstico por imágenes; no se recomienda su uso como guía en el ámbito de la Medicina Laboral. Para la mayoría de los médicos/as encuestados, dedicados a la atención de la columna, la morfología discal no modifica su opinión sobre la etiopatogenia discal y la lumbalgia. Mejorar el registro o reconocimiento de enfermedad profesional discal amerita un

cambio de paradigma.

Agradecimientos

Al invaluable aporte de la biblioteca de la AAOT, a la AAOT, AANC, FAARDIT y SAR que difundieron la encuesta en apoyo desinteresado a mi proyecto de investigación, cuya primera parte está contenida en este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ejecutivo Nacional. Enfermedades Profesionales. Decretos 658/96, 659/96 y 590/97. Modificaciones. 2014.
2. Observatorio SRT. Ergonomía y factores humanos en el trabajo sanitario. Edición 1. Buenos Aires, Argentina: 2021.
3. Observatorio SRT. Informe provisorio de enfermedades profesionales. Enero a Marzo de 2025 [Internet]. Buenos Aires, Argentina: 2025. Available from: <https://www.srt.gob.ar/estadisticas/datos-provisorios/enfermedades/2021/Informe%20provisorio%20de%20enfermedades%20profesionales.pdf>
4. Observatorio SRT. Informe provisorio de accidentabilidad laboral enero a julio 2024. 2024.
5. Observatorio SRT. Informe de litigiosidad 2024 del sistema de riesgos de trabajo 2do trimestres 2024. [Internet]. Buenos Aires, Argentina: 2024. Available from: <https://www.srt.gob.ar/estadisticas/litigiosidad/Boletin%20Litigiosidad%202do%20Trimestre%202024.pdf>
6. Observatorio SRT. Primera encuesta nacional a trabajadores sobre Empleo, Trabajo, Condiciones y Medio Ambiente Laboral [Internet]. Buenos Aires, Argentina: 2009 [citado 2025 ago 23]. Available from: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/1deg-ects-2009_0.pdf
7. Observatorio SRT. Segunda encuesta nacional a trabajadores sobre empleo, trabajo, condiciones y medio ambiente laboral_2018 [Internet]. Buenos Aires, Argentina: 2018. Available from: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ecetss_informe_de_resultados.pdf
8. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Encuesta europea de condiciones de trabajo 2021 de España [Internet]. Available from: <https://www.insst.es/documents/94886/5326464/Encuesta+Europea+de+Condiciones+de+Trabajo+2021+Datos+Espa%C3%B3n+1a+%2818-11-2023%29.pdf/e6f46279-de3a-4fbf-1680-ddf93d08d07c?t=1701179937645>
9. Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Enfermedades profesionales de la columna lumbosacra. Hernia discal y patologías por vibraciones de cuerpo entero. Mesas de consenso para la vigilancia de la salud de los trabajadores [Internet]. Buenos Aires, Argentina: 2019. Available from: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_enfermedades_columna_lumbosacra_-_mesa_de_consenso_2.pdf
10. Brant-Zawadzki MN, Jensen MC, Obuchowsky N, Ross JS, Modic MT. Interobserver and intraobserver variability in interpretation of lumbar disc abnormalities. A comparison of two nomenclatures. *Spine* 1995;20(11):1257-64.
11. Arana E, Kovacs FM, Royuela A, Estremera A, Sarasibar H, Amengual G, et al. Influence of Nomenclature in the Interpretation of Lumbar Disk Contour on MR Imaging: A Comparison of the Agreement Using the Combined Task Force and the Nordic Nomenclatures. *Am J Neuroradiol* 2011;32:1143-8.
12. Fardon DF, Milette PC. Nomenclature and Classification of Lumbar Disc Pathology. *Spine* 2001;26(5):E93-113.
13. Fardon DF, Williams AL, Dohring EJ, Murtagh FR, Rothman SLG, Sze GK. Lumbar disc nomenclature: version 2.0 Recommendations of the combined task forces of the North American Spine Society, the American Society of Spine Radiology and the American Society of Neuroradiology. *The Spine Journal* 2014;39(14):E1448-65.
14. Li Y, Fredrickson V, Resnick D. How Should We Grade Lumbar Disc Herniation and Nerve Root Compression? A Systematic Review. *Clin Orthop Relat Res* 2015;473:1896-902.
15. Kim JH, van Rijn RM, van Tulde MW, Koes BW, de Boer MR, Ginai AZ, et al. Diagnostic

accuracy of diagnostic imaging for lumbar disc herniation in adults with low back pain or sciatica is unknown; a systematic review. *Chiropractic & Manual Therapie* 2018;26(37):1-14.

16. Nachemson A, Sweden G, Morris C.J. In vivo measurements of intradiscal pressure. Discometry, a method for the determination of pressure in the lower lumbar disc. 1964;46-A(5):1077-92.

17. Seidler A, Bergmann A, Jäger M, Ellegast R, Ditchen D, Elsner G, et al. Cumulative occupational lumbar load and lumbar disc disease – results of a German multi-center case-control study (EPILIFT). *BMC Musculoskeletal Disorders* 2009;10(48):1-13.

18. Kim YK, Kang D, Lee I, Kim SY. Differences in the Incidence of Symptomatic Cervical and Lumbar Disc Herniation According to Age, Sex and National Health Insurance Eligibility: A Pilot Study on the Disease's Association with Work. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2018;15(10).

19. Hincapié CA, Kroismayr D, Hofstetter L, Kurmann A, Cancelliere C, Rampersaud YR, et al. Incidence of and risk factors for lumbar disc herniation with radiculopathy in adults: a systematic review. *European Spine Journal* 2025;34:263-94.

20. Modic MT, Pavlicek W, Weinstein MA, Boumphrey F, Ngo F, Hardy R, et al. Magnetic Resonance Imaging of Intervertebral Disk Disease. Clinical and Pulse Sequence Considerations. *Radiology* 1984;152:103-11.

21. Modic MT, Masaryk TJ, Ross JS, Carter JR. Imaging of Degenerative Disk Disease. *Radiology* 1988;168(1):177-86.

22. Pfirrmann CWA, Metzdorf A, Zanetti M, Hodler J, Boos N. Magnetic Resonance Classification of Lumbar Intervertebral Disc Degeneration. *Spine* 2001;26(17):1873-8.

23. van Rijn, JC, Klemetsø, N, Reitsma, JB, et al. Observer variation in MRI evaluation of patients suspected of lumbar disk herniation. *AJR Am J Roentgenol* 2005;184:299-303.

24. Jensen MC, Brand-Zawadzky MN, Obuchowsky N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic Resonance Imaging of the Lumbar Spine in people

without back pain. *The New England Journal of Medicine* 1994;331(2):70-3.

25. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA, et al. Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations. *Am J Neuroradiol* 2015;36:811-6.

26. Savage RA, Whitehouse GH, Roberts N. The relationship between the magnetic resonance imaging appearance of the lumbar spine and low back pain, age and occupation in males. *Eur Spine J* 1997;6:106-14.

27. Martín Noguerol T, López Úbeda P, Paulano Godino F, Luna A. Natural language processing-based analysis of the level of adoption by expert radiologists of the ASSR, ASNR and NASS version 2.0 of lumbar disc nomenclature: an eight-year survey. *Quant Imaging Med Surg* 2024;14(11):7780-90.

28. Zhang, J, Zhao, F, Wang, FL, et al. Identification of lumbar disc disease hallmarks: a large cross-sectional study. *Springerplus* 2016;5(1973):1-8.

29. Coventry MB, Ghormley RK, Kernohan JW. The Intervertral disc: Its microscopic anatomy and pathology. Part III: Pathological changes in the intervertebral disc. *The Journal of Bone and Joint Surgery* 1945;27(3):460-74.

30. Heliövaara, M. Epidemiology of Sciatica and herniated lumbar Intervertebral Disc. Finland, Helsinki: Publications of the Social Insurance Institution; 1988.

31. Coventry MB, Ghormley RK, Kernohan JW. The Intervertral disc: Its microscopic anatomy and pathology. Part II: Changes in the intervertebral disc concomitant with age. *The Journal of Bone and Joint Surgery* 1945;27(2):233-47.

32. Friberg, S, Hirsch, C. Anatomical and clinical studies on lumbar disc degeneration. 1949;Acta Orthop Scand(2):222-42.

33. Coventry MB, Ghormley RK, Kernohan JW. The Intervertral disc: Its microscopic anatomy and pathology. Part I: Anatomy, Development and Pshysiology. *The Journal of Bone and Joint Surgery* 1945;27(1):105-12.

34. Masaryk TJ, Ross JS, Modic MT, Bouumphrey F, Bohlman H, Wilber G. High-Resolution MR Imaging of Sequestered Lumbar Intervertebral Disks. *AJR* 1988;156:1155-62.

35. Yu S, Haughton, VM, Sether LA, Wagner M. Anulus Fibrosus in Bulging Intervertebral Disks. *Radiology* 1988;(169):761-3.

36. Ortiz PN, Legarreta C, Escalada M, Rosito G, Pombo S, Adrogue L, et al. Clasificación de la enfermedad degenerativa del disco lumbar de Thalgott. Reproducibilidad intraobservador e interobservador. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol* 2008;73(2):154-9.

37. Eubanks, JD, Lee, MJ, Cassinelli, E, et al. Does Lumbar Facet Arthrosis Precede Disc Degeneration? A Postmortem Study. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 2007;(464):184-9.

38. Li, Z, Gui, G, Zhang, J. Are facet joint parameters risk factors for recurrent lumbar disc herniation? A pilot study in a Chinese population. *Journal of Clinical Neuroscience* 2020;

39. Laudo MTySS Nro. 405 / 1996: [Internet]. Available from: <https://www.ecofield.net/Legales/LRT/laudo405-96.htm>