

INFORMACION AL PACIENTE SOBRE LAS INDICACIONES Y PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA MIELOPATIA CERVICAL, RADICULOPTIA Y EL DOLOR AXIAL CERVICAL

Mielopatía Cervical ¿ Que es ¿. Su cirujano cree que esta afecto de un cuadro clínico llamado mielopatía. Habitualmente la mielopatía esta causada por un canal medular (óseo) estrecho, situado en la parte central de las vértebras cervicales, y que contiene la médula espinal. Esto puede causar entumecimiento de manos y brazos, así como debilidad y torpeza. Y pueden aparecer dificultades para coger cosas, para abrocharse la ropa o para vestirse. Es frecuente notar cierta incapacidad para caminar e inestabilidad para la marcha. Su médico habrá examinado estos signos y buscando reflejos anormales y cambios físicos de la función muscular. Finalmente su especialista confirmará el diagnostico, mediante pruebas complementarias que incluirán: Rx, Scanner-TAC, Resonancia Magnética y Electromiografía con Potenciales Evocados. La exploración clínica y estos test son fundamentales para que su cirujano planifique y elija el mejor procedimiento terapéutico de su mielopatía. En el caso de poca evolución y/o estancamiento del proceso su cirujano no le recomendará cirugía. Si su situación neurológica empeorase, su especialista deberá reconsiderar nuevamente el camino a seguir, probablemente quirúrgico.

Abordaje quirúrgico anterior para el tratamiento de la mielopatía. Cuando la mielopatía esta causada por una hernia discal, la discectomía simple puede ser suficiente. Este tipo de rupturas discales pueden ser resueltas con resección del disco desde la parte anterior. Después de la incisión en la piel se identifican los músculos y se separan. La traquea y el esófago, son delicadamente rechazados hacia un lado, exponiendo la columna cervical por delante. Algunos cirujanos simplemente extraen el disco lesionado. Muchos cirujanos rellenan el vacío con hueso, sustitutos de hueso u otro tipo de implantes. La fijación con placa y tornillos se suele usar en este procedimiento. Su cirujano le ayudará a decidir cual es la mejor opción para usted. Cuando la compresión de la medula sea debida a varios discos, o a una amplia área por osteofitos, canal estrecho etc, su cirujano puede recomendarle la corpectomía. En este procedimiento, el hueso comprendido entre dos o mas discos es extraído (cuerpo vertebral). Este es un excelente procedimiento para descomprimir la medula por vía anterior. Esta área descomprimida necesitará ser reconstruida para soportar y mantener la cabeza y el cuello. Esto puede conseguirse con injerto óseo (de la tibia, de la cresta iliaca, o cadaver) y con implante metálico para contener dicho hueso. Usted y su cirujano elegirán la mejor opción.

El abordaje anterior permite a su cirujano descomprimir la medula, dar estabilidad, alinearla columna y finalmente mejorar el dolor cervical. La eliminación radical de toda la sintomatología puede que no ocurra, y algunos síntomas nuevos pueden aparecer. Algunos pacientes pueden necesitar permanecer intubados por un periodo de tiempo variable después de la cirugía. Algunos sin embargo necesitarán la práctica de una traqueotomía para mantener una vía aérea libre, esto afortunadamente, es raro que sea necesario. Algunos pacientes pueden experimentar o padecer cierta dificultad para tragar (disfagia). A menudo aparece dolor al comer o al beber en las primera horas post-operatórias pero que mejora con el tiempo (disfagia transitoria). Algunos pueden presentar desviación de líquidos o sólidos hacia la traquea, y acabar en los pulmones, circunstancia ésta potencialmente seria, ya que puede ocasionar pulmonía u otras

complicaciones. Dependiendo de la severidad de la complicación otros especialistas pueden ser llamados a consulta. Pruebas complementarias y otros y tratamientos pueden ser necesarios, incluso en algunos casos, debe recurrirse a la alimentación parenteral, aunque es una circunstancia que raramente se da. Existe también el riesgo de tener problemas de fonación como ronquera incapacidad para hablar en voz alta, o cantar tan bien como lo hacía antes, los cambios de voz y trastornos de la fonación son habitualmente temporales pero algunos pueden ser permanentes. Si su voz es muy importante para su trabajo o para sus aficiones recreativas estas probabilidades deben ser discutidas con su cirujano.

La fusión entre las vértebras producirá una pérdida de movimiento. La fusión no siempre ocurre y entonces aparece la pseudoartrosis o falta de fusión. Cuando esto ocurre puede ser una situación de inestabilidad acompañada de dolor y que otro acto quirúrgico pueda ser necesario. Finalmente la cicatriz quirúrgica puede quedar antiestética y puede requerir tratamiento plástico.

Abordaje quirúrgico posterior para el tratamiento de la mielopatía. Cuando muchos niveles del canal medular se hayan estrechado, en ocasiones es más fácil la descompresión por vía posterior a través de una incisión hecha en la parte posterior del cuello. La técnica antigua y simple es la laminectomía que consiste en la resección de las láminas de las vértebras cervicales. Este es un método simple y rápido de descompresión pero potencialmente desestabilizador.

Otra técnica más moderna es la laminoplastia. Las láminas vertebrales se cortan en diferentes sitios recolocándolas para aumentar el calibre del canal medular. Hay muchas técnicas para conseguir la descompresión y su cirujano puede explicarle y razonar su preferencia. La laminoplastia tiene un tiempo quirúrgico mas largo pero preserva la estabilidad y también conserva algo de movimiento que la fusión no permitiría.

Algunos pacientes presentan inestabilidad y/o deformidad cifótica flexible, factores que contribuyen en la aparición de la mielopatía. La laminectomía o laminoplastia, son dos técnicas inadecuadas en este tipo de situaciones.

El abordaje posterior permite un acceso quirúrgico a todas las vértebras del cuello pero no resolverá todos sus problemas, especialmente el dolor cervical. Para muchos pacientes la separación de los músculos durante la cirugía por vía posterior el resultado es mas doloroso que la vía anterior. El dolor puede persistir durante largo tiempo y los músculos atrofiarse. La cicatriz también puede ser mas prominente y la falta de unión o pseudoartrosis puede también aparecer por esta vía requiriendo mas cirugía. La tasa de infección, por vía posterior, es más alta que por la vía anterior existiendo algunos trabajos que comunican una incidencia de tres veces superior

Abordaje combinado anterior y posterior para el tratamiento de la mielopatía.

Algunos pacientes con mielopatía tienen deformidad de cifosis, que es una curvatura anormalmente en flexión de la columna y que es un factor determinante en muchos casos de mielopatía. Particularmente cuando esta es rígida suele ser necesario el tratamiento con doble vía. Su cirujano habitualmente realizará una vía anterior y la completará con una vía posterior y fusión con instrumentalización metálica e injertos óseos. Cuando muchos niveles son tratados anteriormente, una fusión posterior puede mejorar la estabilidad y la reconstrucción, disminuyendo el riesgo de fallo. Estos procedimientos combinados tienen un alto porcentaje de fusión, pero son técnicamente mas complejos. Su especialista puede explicarle cuales son los posibles beneficios de esta cirugía mas extensa. Por favor lea las secciones anteriores para observar los detalles de posibles problemas o complicaciones durante y post cirugía

Que es la Radiculopatía : Radiculopatía es la irritación de una raíz nerviosa que en el cuello puede provocar dolor irradiado hacia el brazo, antebrazo y mano. En estas mismas zonas puede sentir entumecimiento, hormigueo o quemazón. También puede provocar debilidad de la extremidad. Esto habitualmente se debe a una hernia discal u osteofito. Puede afectar a ambos brazos pero habitualmente se presenta solo en un lado. La mayor parte de las personas afectas con radiculopatía mejoran con medicación y fisioterapia. Los que no mejoran son tributarios de tratamiento quirúrgico. Pacientes con debilidad severa o intenso dolor y acompañados de reflejos anormales son claros candidatos para la cirugía.

Su especialista tras recoger los datos clínicos, lo explorará, comprobando los déficits y síntomas que acompañan a la radiculopatía. Finalmente se confirmará el diagnóstico mediante exámenes complementarios: Rx , EMG , TAC y RMN. Todo ello permitirá Ajustar el tratamiento mas adecuado.

Abordaje anterior en el tratamiento de la radiculopatía

La incisión en la parte anterior del cuello, permite desplazar con delicadeza la traquea y el esófago para visualizar la parte frontal de la columna cervical. Es una vía de acceso muy segura para realizar discectomías, pudiéndose resear además osteofitos y ampliar el foramen de la raíz, siendo un efectivo tratamiento de la radiculopatía. La discectomía simple puede causar dolor y deformidad residual, por lo que muchos cirujanos insertan en ese espacio injertos óseos, sustitutos de hueso, cajas etc.. puede estar recomendado el uso de fijación interna: placas y tornillos. Esto dará solidez inmediata al espacio operado. Hay diversas opciones de injerto, ya comentado en otro apartado de esta información. Su cirujano le ayudará a tomar la mejor opción para usted.

Cuando estén afectados mas de un nivel, y con severos cambios degenerativos pudiera estar indicada la realización de una corpectomía, técnica usada en el tratamiento de la mielopatía, y descrita en ese apartado.

La descompresión y fusión debe producir alivio del dolor y recuperación de la radiculopatía , pero esto no siempre ocurre, ver el apartado de operaciones para la mielopatía, y las posibles complicaciones.

Abordaje posterior para el tratamiento de la radiculopatía

En ocasiones pudiera estar indicada la liberación de la raíz desde la parte posterior, en otras ocasiones pudiera no ser necesaria la fusión, preservando la movilidad. Con la foraminotomía posterior se aumenta el calibre del **orificio por donde discurre la raíz, el foramen, que puede combinarse con la resección de la hernia discal.** Si la foraminotomía ocasiona o potencia una inestabilidad del segmento, una fusión debe realizarse en el mismo acto quirúrgico. Si además el cuadro clínico esta causado por una inestabilidad, la fusión mejorará el dolor cervical y braquial. Las complicaciones posibles están descritas en el apartado de las operaciones posteriores para la mielopatía.

Dolor cervical sin mielopatía o radiculopatía

Hay pacientes que presentan dolor cervical sin que exista compresión de la raíz o del cordón medular, pudiendo ser este intermitente o permanente, y acompañarse de

cefaleas occipitales, y dolor irradiado a la parte superior de los hombros. Habitualmente se debe a la degeneración articular, y/ o a la afectación de las partes blandas vecinas. En la mayor parte de casos no está indicado el tratamiento quirúrgico, dado que la cirugía es menos efectiva en estos cuadros clínicos. Sin embargo hay situaciones poco comunes que pudiera estar indicado. En presencia de deformidad axial o de inestabilidad asociada la fijación quirúrgica puede ser un buen tratamiento que mejoraría el dolor cervical. En caso de tumores o infecciones como causa del dolor cervical, tendrán un tratamiento quirúrgico específico.

Abordaje anterior para el tratamiento del dolor cervical

Con las indicaciones mencionadas, la intervención puede realizarse a través de una vía, anterior, ya descrita en apartados anteriores.

La vía anterior tiene en general un buen postoperatorio y se tolera bien. A pesar de todo es necesario conocer las posibles complicaciones descritas con anterioridad.

Abordaje posterior para el tratamiento del dolor cervical

Las operaciones por vía posterior, para el dolor cervical por inestabilidades y ciertas deformidades, son más frecuentes. La incisión se practica longitudinalmente en la parte posterior del cuello, separando la musculatura de las inserciones ósea y desplazándola lateralmente, dejando espacio para la colocación de injertos óseos y material de fijación metálico, que permitirá una más rápida fusión y estabilidad inmediata.

Las fusiones posteriores se asocian en un mayor porcentaje, a dolor cervical, especialmente durante el tiempo de fusión. En cuanto a las complicaciones de este abordaje, han sido especificadas en otro apartado.

Consideración final

Todo acto quirúrgico implica riesgos y beneficios. Su especialista y usted deben sopesar cuidadosamente los pros y los contras, para escoger el mejor tratamiento en cada situación. Esta información ha sido redactada para ayudarle a comprender su cuadro clínico y su posible tratamiento. Muchos de los problemas médicos y tratamientos no son fáciles de entender. Algunos pueden que no tengan sentido para ud o que sean desconocidos, pregúntele a su especialista lo extremos que sean poco claros. La comunicación entre ambos es beneficiosa para los dos.

CSRS Patient Education Committee