

Trabajo Original

Experiencia en la microcirugía de disco intervertebral en 51 pacientes intervenidos por técnica de Caspa.

Experience in intervertebral disc microsurgery in 51 patients undergoing Caspar technique.

Dr. Manuel G. Clara Morell¹, Dr. Marcos Pérez Pereira², Dr. Lino Zulueta Nocedo³, Dr. Domingo Ramón Fleitas⁴

1. Especialista de 1er grado en Neurología. Hospital Clínico Quirúrgico Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba.
2. Especialista de 1er grado en Neurología. Hospital Clínico Quirúrgico Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba.
3. Especialista de 1er grado en Neurología. Hospital Clínico Quirúrgico Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba.
4. Doctor en Medicina. Hospital Clínico Quirúrgico Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba.

RESUMEN

Se estudiaron 51 pacientes con diagnóstico de hernia discal lumbar a los cuales se le practicó tratamiento quirúrgico (microcirugía por técnica de Caspar) en un período de 12 meses. Se describieron los hallazgos etiológicos en el transoperatorio, se señalaron complicaciones tanto inmediatas como mediatas de esta técnica y se comentan elementos que intervienen en la evolución desfavorable de estos pacientes.

DeCS: DESPLAZAMIENTO DEL DISCO INTERVERTEBRAL/cirugía, MICROCIRUGIA/método.

ABSTRACT

51 patients with diagnosis of lumbar disc herniation were studied to which surgical treatment (Caspar microsurgery technique) was undergone in a period of 12 months. Etiological findings were described in the transoperative, were identified both immediate and mediate complications of this technique and elements involved in the unfavorable evolution of these patients are discussed.

MeSH: INTERVERTEBRAL DISK DISPLACEMENT/surgery, MICROSURGERY/methods.

INTRODUCCIÓN

Una de las causas de las lumbalgia o lumbociatalgias la constituye las producciones de los discos intervertebrales, el 1 % de aquellos pacientes que desarrollan lumbalgias llegan a desarrollar ciáticas y según estadísticas del profesor Eliades^{1,2} el 90 % de los individuos en algunos momentos de la vida desarrollan estas crisis, siendo más frecuente en la cuarta y quinta década de la vida. El 50 % de las ciáticas regresan antes del mes de iniciadas, por lo que solamente merece la pena estudiar aquellos pacientes que desarrollan crisis repetidas de lumbalgias y lumbociatalgias. Es conocido que el tratamiento conservador (médico - sintomático) tiene mayor efectividad en los primeros episodios de dolor, pero a medida que recidivan las crisis dejan de tener confiabilidad y no son más que la expresión de protusiones y/o extrusiones del disco con compresión méduloradicular y que únicamente son erradicados por métodos quirúrgicos.

Para todos aquellos que se dedican a la cirugía de la columna desde tiempos atrás, una paradoja han sido las grandes intervenciones quirúrgicas que consecuentemente han llevado a la inestabilidad del estuche óseo y fibrosis de los elementos nerviosos. Tras la aparición de la microcirugía en estos pacientes, la evolución ha sido más satisfactoria con un mínimo de complicaciones. El presente estudio trata sobre la experiencia en el servicio de neurocirugía con la microcirugía del disco intervertebral por técnica de Caspar.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio longitudinal prospectivo de 51 pacientes con diagnóstico de hernia discal lumbar, a los cuales se le practicó la microcirugía en el Hospital Clínico quirúrgico Camilo Cienfuegos de Sancti Spiritus en un período de 12 meses (enero de 1992 hasta enero de 1993) en todos los casos se confirmó la hernia discal lumbar por tomografía axial computarizada (TAC) y estudios mielográficos (contraste hidrosoluble). En todos los pacientes se hizo microcirugía según técnica de Caspar utilizando separador de Taylor y microscopio "Olympus" con lente 400. Se recogen en tablas para su análisis porcentual hallazgos etiológicos en el transoperatorio, complicaciones inmediatas y mediatas, así como, su valoración sintomática hasta los dos meses de operados, fecha en que se permitió su reincorporación laboral. Los resultados obtenidos se comparan y se comentan.

DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como pueden observar en la tabla # 1, el 80,39 % de los hallazgos etiológicos en el transoperatorio correspondiente con hernias discales (mediales y laterales) y en segundo lugar adherencias y fibrosis perirradiculares para un 11,79 %. Sin lugar a dudas, existen otros diagnósticos de lumbociatalgia que a veces en el transoperatorio únicamente se hacen a pesar de estudios tan sofisticados como la resonancia magnética nuclear (RMN) y la mielografía (contraste hidrosoluble y técnica de radiculografía), ellas son:1,6.

Estenosis del canal

Barrera ósea

Lipoma apidural

Hipertrofia del ligamento amarillo

Tras clasificar la lumbociática radicular como aguda (hasta 6 semanas de síntomas), subaguda (de 6 a 12 semanas de síntomas) o crónicas (más de 12 semanas y después de agotar el tratamiento conservador (reposo, analgésicos, antiinflamatorios) el cirujano de la columna debe tener siempre presente las siguientes situaciones que constituyen indicaciones quirúrgicas de relativa urgencia:

Compresión aguda de la cola de caballo, con trastornos motores sensitivos y de control de esfínteres.

Compresión radicular asociada a parestesia de músculos de miembros inferiores.

Fracaso en el tratamiento conservador de las ciáticas (algias intensas).

Recurrencia de episodios importantes que alteraron el desenvolvimiento de la vida social.

Tomada la decisión quirúrgica la mayoría de los neurocirujanos que se dedican a la enfermedad discal prefiere la microcirugía por ser una técnica quirúrgica muy rápida, tener el control absoluto de los elementos nerviosos (saco, dural y raíz) y llevar a un mínimo de fibrosis e inestabilidad posquirúrgica. Sin entrar en detalle de la técnica de Caspar, solo se limita a mencionar cuatro principios inviolables de esta microcirugía:^{1,2,6}.

Al conocerse que el interespacio queda algo por encima de la zona expuesta siempre se hace exéresis del tercio de la mitad inferior de la lámina superior cuidando de no lesionar las articulaciones intervertebrales.

El abordaje y exéresis del ligamento amarillo lo más medialmente posible lo que evita lesionar el saco dural.

Tratar por todos los medios de conservar la grasa epidural, de no ser posible, echar sobre la raíz y el saco dural tejido celular subcutáneo lo que evitaría la fibrosis posquirúrgica.

Bajo la anestesia en decúbito supino se realizaron maniobras de elongación del ciático con el objetivo de romper adherencia de las raíces con los bordes del agujero de conjunción.

En los 51 pacientes se siguieron rigurosamente estos principios lo que permitió resaltar una vez más la alta confiabilidad de esta técnica micro quirúrgica y que las tablas siguientes son ejemplos cuantitativos de estos aspectos.

Tabla 1. Hallazgos etiológicos en el transoperatorio de pacientes operados por microcirugía. Hospital provincial Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. 1992 – 1993.

Etiología	No. de casos	%
Hernia discal lumbar	41	80,39
Fragmento óseo	2	3,92
Estenosis del canal	1	1,96
Fibrosis y adherencias perirradiculares	6	11,79
Superposición y megaloraíz	1	1,96
Total	51	100,00

Fuente: datos según análisis estadístico del autor

En la tabla # 2 se describen las complicaciones inmediatas; dos pacientes presentaron fístula del líquido cefalorraquídeo que espontáneamente cerraron entre el cuarto y el quinto día, señalando que estos dos pacientes habían sido intervenidos por técnicas convencionales (laminectomía - hemilaminectomía) y que la gran fibrosis de la raíz lesionó la axila estando de acuerdo con muchos autores que contraindican parcialmente la microcirugía después de técnicas convencionales. Un paciente presentó hematomas de la herida después de una caída que resolvió con reposo. El mínimo de complicaciones es otro aval de la microcirugía, además de la posibilidad de incorporar a los pacientes del lecho y deambular al día siguiente de la intervención, sentarlo al cuarto día y su incorporación laboral a los dos meses^{2,4,5}.

Complicaciones inmediatas	No. de casos	%
Deshicencia de la sutura	-	-
Sepsis de la herida	-	-
Hematoma de la herida	1	1,96
Fístula del LCR	2	3,92
Inestabilidad inmediata de la columna lumbosacra	-	-
Total	3	5,88

Fuente: datos según análisis estadístico del autor

La tabla # 3 muestra una valoración de los síntomas en los pacientes operados al primer mes y al segundo mes, destacándose la ausencia de dolor en 47 pacientes para un 92,15 % al segundo mes. En el trabajo del Dr. Mario Brock, con experiencia en la microcirugía en más de 4000 pacientes), señala un 98 % de los pacientes operados sin dolor y el Dr. Eliades Hernández (experiencia de la microcirugía en más de 100 pacientes) un 98 %; lo que demuestra el alto índice de confiabilidad de esa técnica quirúrgica. Los autores de este estudio creen que la casuística esta algo por debajo de la media justificado por el hecho de una mayor ganancia secundaria en los pacientes con relación a esfuerzos físicos intensos (obreros agrícolas, actividades físicas intensas, entre otras). Un error diagnóstico terapéutico unido a elementos de inestabilidad de la columna lumbosacra previos a la operación pudieran mantener o empeorar los cuadros clínicos de estos pacientes^{3,7,9}.

Tabla 3. Valoración clínica de los 51 pacientes intervenidos por microcirugía. Hospital Provincial Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. 1992 – 1993.

Aspecto	1er mes		2do mes	
	No. de casos	%	No. de casos	%
Ausencia del dolor	44	86,27	47	92,15
Mejoría del dolor	-	-	-	-
Mantenimiento del dolor	5	9,80	3	5,88
Empeoramiento del dolor	2	3,92	1	1,96
Total	51	100,00	51	100,00

Fuente: datos según análisis estadístico del autor

En la tabla # 4 se señala a tres pacientes que después de los dos meses de operados presentaron elementos de inestabilidad lumbosacra, dos de ellos obesos siendo este otro factor en contra de la buena evolución de los pacientes intervenidos por discopatía situación ésta que se corrige con la disminución del peso corporal y utilización de faja por 3 meses. Realmente a pesar de esta técnica ser muy inocua no deja de alterar el complejo aparato osteoligamentoso y en ocasiones crea elementos de inestabilidad de la columna lumbosacra los cuales afortunadamente son de más fácil control médico que los creados por laminectomías.

Tabla 4. Complicaciones mediatas (2 meses) en los 51 pacientes operados por microcirugía. Hospital Provincial Camilo Cienfuegos. Sancti Spiritus. 1992 - 1993

Complicaciones mediatas	No. de casos	%
Inestabilidad de la columna lumbosacra	3	5,88
Fibrosis posquirúrgica	-	-
Otros	-	-
Total	3	5,88

Fuente: datos según análisis estadístico del autor

CONCLUSIONES

Las compresiones agudas de la cola de caballo con trastornos sensitivos, motores o esfinterianos y la paresia de los músculos inferiores constituye urgencias quirúrgicas. Las técnicas microquirúrgicas aseguran en el transoperatorio el control visual total de todos los elementos nerviosos (saco dural, raíz, y disco) con mínimo de fibrosis y/o elementos de inestabilidad. Su alta confiabilidad como técnica quirúrgica en las discopatías alcanza el 98 % de los casos operados en los que desaparecen o mejora el dolor. La obesidad y la inestabilidad de la columna lumbosacra previa a la intervención son elementos a tener en cuenta para evaluar en estos pacientes para no someterlos a la intervención hasta tanto no se corrijan estos elementos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández E. Disectomia Lumbar. Congreso de neurocirugía y neurología. La Habana: Palacio de la Convenciones; 1992.
2. Perdal E. Enfermedades de los discos intervertebrales. En: Texto Básico de neurocirugía. Argentina; 1990; p.189-206.
3. Mayer Michael. Disectomia lumbar (Técnica de Caspar). Alemania; 1989.
4. Mayer Michael. Disectomia lumbar percutanea. Alemania; 1989.
5. Traveras J, Wood EH. Discopatía Intravertebral. Diagnóstico. Neuroradiológico; 1981:201-218.
6. Clara Guillermo. Experiencia de la microcirugía del disco con una nueva modalidad de separadores. Congreso de neurocirugía y neurología. La Habana: Palacio de la Convenciones; 1992.
7. Epstein BS. Afecciones de la columna vertebral y de la médula espinal. 3ra. ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1981.
8. Álvarez Cambra Rodrigo. Ortopedia y Traumatología. Manual de Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1986.