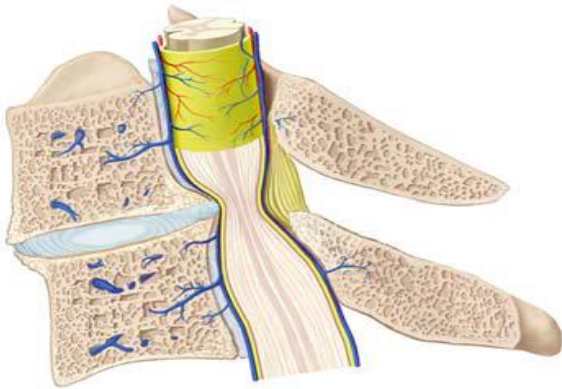




NEOC
NEUROCIRUGÍA Y ORTOPEDIA DE COLUMNA



CANAL CERVICAL ESTRECHO, MIELOPATIA Y RADICULOPATIA CERVICAL (CIRUGIA DE DESCOMPRESION CERVICAL)

Los procesos degenerativos afectan la totalidad de la columna, en ocasiones el compromiso puede ser mayor en la columna cervical generando síntomas como pérdida de fuerza en cuatro extremidades, calambres o alteraciones sensitivas, dichos síntomas pueden progresar a daño neurológico permanente si no se hace algo para detener la progresión de la compresión nerviosa.

Cirugía para descompresión de la medula y estructuras nerviosas en la columna cervical

¿qué es el canal cervical estrecho?

a lo largo de la columna existe un canal central por medio del cual pasa la medula espinal y los nervios en sus primeras porciones; dicho canal tiene un diámetro que le permite no solo llevar la medula espinal y su contenido, sino que además la protege; este canal puede irse estrechando (haciéndose mas pequeño) con el paso de la edad y el proceso de envejecimiento y agravado por enfermedades como la artrosis o la artritis; cuando este canal llega a una medida critica de estrechez comienza a producir síntomas y es esto lo que se denomina canal cervical estrecho, que en el caso que nos ocupa en este boletín, genera compresión de la medula espinal, conllevando con si ,los síntomas que el paciente presenta.



Síntomas de canal cervical estrecho:

1. Dolor cervical, sensación de cansancio
2. Calambres, corrientazos u hormigueos las extremidades mayores en los brazos
3. Limitación para la marcha
4. Alteraciones en la sensibilidad y marcha alterada
5. Perdida de los movimientos finos de las manos

¿qué es la mielopatía?

Mielopatía significa enfermedad de la medula espinal, y en el caso que nos ocupa, se trata de mielopatía compresiva, ósea aquella enfermedad de la medula espinal que es producida por una compresión indebida hacia la medula espinal generando daño de la misma.

¿qué es radiculopatía?

La radiculopatía significa enfermedad de la raíz nerviosa, y es este caso de canal cervical estrecho esta ocasionada por la compresión sobre la raíz nerviosa generando los síntomas del paciente.

¿puedo tener síntomas de mielopatía o radiculopatía?

En el canal cervical estrecho pueden presentarse los dos tipos de síntomas bien sea de mielo o de radiculopatía, y acompañándose de dolor en la columna cervical o la base del cráneo.

¿qué opciones de tratamiento hay?

Las opciones de tratamiento para pacientes con canal lumbar estrecho sintomático incluyen:

1. Manejo médico farmacológico: analgésicos, neuromoduladores, antidepresivos, relajantes musculares
2. Manejo terapéutico: terapia física, terapia ocupacional, ergonomía, cambios de hábitos posicionales
3. Manejo intervencionista: infiltraciones, neurolisis, bloqueos.
4. Manejo quirúrgico: descompresión quirúrgica por laminectomía, laminoplastia, abordajes anteriores con corpectomías (retiro de un cuerpo vertebral y reemplazo por otro artificial) o disectomías cervicales (retiro de discos intervertebrales y reemplazos de estos por discos artificiales)

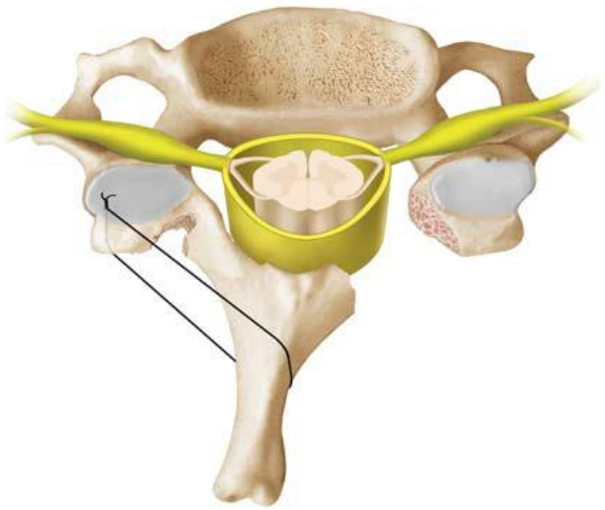
Laminectomía: resección de la parte posterior de las vertebrae denominadas laminas

Laminoplastia: apertura de una "puerta en las laminas de las vertebrae cervicales" sin reseca o retirar las laminas, ampliando así el canal cervical

En pacientes que requieren laminectomía es probable que requiera además una artrodesis (fijación de columna con unos tornillos)



¿en que consiste la cirugía para canal cervical estrecho?



El objetivo de la cirugía es descomprimir las estructuras neurológicas (medula espinal y nervios) que viajan por el canal raquídeo, dicho objetivo se logra retirando una porción de hueso de la columna que se llaman laminas espinales y que hacen, que al retirarlas, le dan mas espacio a los nervios y la medula espinal para estar libres y sin compresiones, esta cirugía se puede complementar retirando parte de los discos intervertebrales y parte de algunos ligamentos.

En el esquema mostrado las partes amarillas corresponden a las estructuras nerviosas y se ve como por medio de instrumentos de precisión se retiran las estructuras que los están comprimiendo y el canal queda mas libre y con mayor espacio para la medula espinal; también se muestra una radiografía de control en la cual se ve la artrodesis (fijación de columna) que es un procedimiento que complementa la laminectomía y que busca dar estabilidad a la columna.

El procedimiento quirúrgico se puede realizar por mínima invasión, endoscopia o cirugía abierta, depende de varios factores la elección del tipo de abordaje: edad del paciente, características de la lesión del paciente y disponibilidad de insumos en la institución a realizarse el procedimiento

En columna cervical existe la particularidad dado su estructura , de que aparte de la laminectomía el paciente requiera artrodesis (fijación de la columna cervical) para estabilizar la columna. Dicho procedimiento se realiza colocando una serie de tornillos en la columna para lograr estabilizarse y evitar su deformidad; dicho procedimiento se hace generalmente en la mayoría de institución con ayuda de intensificadores de imágenes que generan alta radiación, realizando una placa por cada toma de tornillo que se coloca al paciente, lo que lleva por lo menos a la toma de 8 radiografías y la radiación que eso puede

ocasionar en el paciente, en **NEOC** contamos con subespecialistas en cirugía de columna que cuentan con el entrenamiento para colocar dispositivos protésicos en columna como tornillos, utilizando técnicas como la cirugía free hand, en la cual el uso de intensificador o equipo de rayos x es nulo o mínimo requiriéndose en una cirugía dos o menos radiografías, esto disminuyendo la irradiación sobre el paciente y el equipo de salud

Estas leyendo esto, por tanto se ha definido que el mejor manejo para tu caso es la opción de cirugía, el manejo quirúrgico. ¿qué riesgos existen en la cirugía?

Todo procedimiento intervencionista y de cirugía presenta riesgos inherentes al mismo y riesgos que pueden ser aumentados por las condiciones del paciente o por las condiciones de la patología vertebral del paciente; a continuación presentamos a usted una lista de complicaciones que están descritas en la literatura así como lo que se haría para tratarlas o corregirlas, cabe la pena aclarar que dichas complicaciones representan menos del 10% de los pacientes operados y en manos expertas y entrenadas como las de nuestro servicio dichas complicaciones bajan a menos del 5% de los pacientes intervenidos

1. La consigna importante para el éxito de la cirugía de columna es la prevención, por ende, en caso de requerir cirugía de columna cervical vía posterior o cirugía de columna torácica, exija a su cirujano que sea realizada con vigilancia neurofisiológica, esto consiste en la monitorización continua de su función neurológica motora y sensitiva durante el procedimiento quirúrgico, si su cirujano no le garantiza la monitorización neurofisiológica absténgase de la realización de la cirugía.
2. Infecciones: pueden ir desde superficiales como profundas y el manejo es la aplicación de un esquema de antibióticos, si es superficial y leve el manejo se puede hacer vía oral si es profunda puede requerir antibióticos endovenosos e incluso lavados quirúrgicos (lavar con abundante líquidos la herida quirúrgica y tejidos). Generalmente no dejan secuelas a largo plazo y solo hacen un poco más larga la hospitalización en caso de requerir lavados
3. Fístulas de líquido cefalorraquídeo: recubriendo las raíces nerviosas hay un saco lleno de líquido, este líquido se denomina líquido cefalorraquídeo, durante la cirugía si el saco está muy adherido a los tejidos circundantes se pueden presentar desgarros de dicho saco y quedar saliendo este líquido a esto se le llama fístula. Dicha fístula se puede ver durante la cirugía, de ser así se corregirá durante la cirugía realizando una sutura del saco roto y así parar la fístula, también la fístula se puede manifestar en los días siguientes de la cirugía y se manifiesta por la salida de un líquido transparente a través de la herida, en dicho caso el manejo es inicialmente médico con fármacos que disminuyen la producción de líquido y manteniéndose acostado boca abajo por unos días, si no mejorar la fístula

con estas maniobras , se requerirá nueva cirugía para abrir la herida y buscar el sitio de la fistula y suturarlo o cerrarlo.

4. Persistencia de síntomas: depende del tiempo que se tarde desde el momento de debut de los síntomas hasta la cirugía; entre mas tarde sea la cirugía mayor es la probabilidad de que no mejore completamente con el procedimiento.
5. Dehiscencia de la herida: hace referencia a que la herida se abra y requiera nueva sutura de la herida, si la abertura es pequeña solo requerirá curaciones y nada mas, si presenta una abertura considerable requerirá sutura de la herida.
6. Alteración de la función motora o del control de esfínteres: es una complicaciones extremadamente rara, consistente en que se vea en el paciente perdida de fuerza en las extremidades o dificultad para controlar su esfínter urinario o esfínter anal. Dicha complicaciones es sumamente rara y su presentación en menos de 1 de cada 1000 pacientes intervenidos
7. Hematoma de la herida quirúrgica: su presentación es poco común, pero la mayoría de las veces no requiere manejo quirúrgico y resuelve solo, en caso de ser muy grande y compresivo se requiere abrir la herida para evacuarlo y volver a cerrar la herida
8. Seroma de la herida quirúrgica: es la acumulación de liquido en la herida quirúrgica y resuelve generalmente espontáneamente , de no resolver requiere intervención quirúrgica para drenarlo abriendo la herida y con cierre posterior de la herida. Su presentación es poco común menos al 5% de los casos operados
9. Dolor posterior a la cirugía semanas o meses después de la cirugía: es una complicación en menos del 10% de los casos y depende de la capacidad de cicatrización del paciente, en algunos pacientes su cicatrización es muy marcada y generar una cicatrización anormal sobre las raíces nerviosas que estaban comprimidas, generando lo que se denomina fibrosis peridural, dicha complicación requiere manejo medico y intervencionista, generalmente no requiere nuevas cirugías, y puede generar gran dolor.
10. Reintervencion: consiste en la necesidad de volver a operar por alguna de la razones anteriormente mencionadas o por progresión de la enfermedad degenerativa de los discos intervertebrales que lleven incluso a requerir cirugías de fijación de columna muchos años después de la cirugía para hernia discal.
11. Defecto estético en piel y cicatrización: inherente a sus proceso de cicatrización la herida en piel puede cicatrizar bien sin quedar mayor señal con los años o puede presentar reacción de cicatriz hipertrófica o cicatriz con queloides que son cicatrices que se ven levantadas por encima del nivel de

la piel. Esto es inherente a la forma de cicatrización de su cuerpo y no se correlaciona directamente con la cirugía

¿cómo me preparo y que tengo que hacer antes de la cirugía?

Lo ideal es mente positiva y llevar una buena actitud, mentes positivas traen y llaman buenos resultados, después de eso seguir la siguientes recomendaciones

1. Dejar de fumar por lo menos un mes antes de la fecha de la cirugía, el cigarrillo es el principal factor asociado con complicaciones de las cirugías de columna y de las enfermedad que afectan la columna
2. Ejercicio de fortalecimiento y entrenamiento, de requerirlo se puede comunicar con **NEOC** para que le sea dada una cita con terapia física para acondicionamiento físico y terapia guiada
3. Comer bien, bajar la ingesta de carbohidratos y aumentar la ingesta de proteínas, mantener una dieta balanceada
4. Mantener el peso, en lo ideal bajar de peso, pero si le es difícil, por lo menos no subir de peso antes de la cirugía ni después, de requerirlo puede solicitar una cita con nutricionista en **NEOC** para que lo acompañe en la instauración de una dieta adecuada
5. La semana previa a la cirugía evitar contacto con familiares o amigos que tengan patologías respiratorias como gripas o resfriados
6. Evitar el consumo de bebidas alcohólicas la semana previa a la cirugía
7. El día anterior a la cirugía y el día de la cirugía realizar baño corporal completo y en especial de la espalda con ayuda de algún producto antiséptico que no irrite la piel: por ejemplo solución de clorhexidina jabón liquido, el cual puede conseguir en las droguerías o lo puede conseguir también en **NEOC** esto con el fin de disminuir la cantidad de bacterias que normalmente habitan la piel y así bajar la un poco mas la posibilidad de infecciones en la cirugía

¿cuanto dura la cirugía?

Siempre le decimos a nuestros pacientes: "la cirugía dura el tiempo que se requiera para asegurarle que se realice bien hecha y sin afanes", pero para darles una idea del tiempo, se calcula que en promedio el procedimiento quirúrgico como tal de dos a 3 horas, y a esto hay que sumarle el tiempo de preparación pre quirúrgica y la inducción de la anestesia, así como el tiempo de recuperación en la sala de cuidados pos

NEOC: neurocirugía y ortopedia de columna. "mínima invasión, máximo eficacia en patología de columna"

Celular 3103965218 tweeter: @neuronqxojeda

anestésicos. Sumado todo eso te informamos que debes estar preparado para una mañana o una tarde que consume de tiempo.

¿requiero hospitalización?

Va de acuerdo al tipo de intervención que se le proponga y teniendo en cuenta la edad del paciente y enfermedades que tenga el paciente diferentes a su enfermedad de la columna, todo eso condiciona si requiere o no hospitalización, lo cual puede variar también de acuerdo a los hallazgos dentro de cirugía y la presencia o no de complicaciones.

En caso de requerir hospitalización ¿cuánto dura la hospitalización?

Generalmente es de dos días, lo cual quiere decir que si se opera por ejemplo un viernes en la mañana el día domingo en la tarde ya podría estar en casa. El paciente se puede mover desde que sale de cirugía, y lo ideal es que tan pronto este bien despierto de la anestesia el paciente se movilice para evitar calambres por posturas fijas, al día siguiente de la cirugía el paciente se puede sentar con apoyo en una silla, ir a bañarse con apoyo y durante la tarde del primer día realizar deambulación con apoyo con miras a la salida al día dos de hospitalización, durante su hospitalización se realizara las primeras sesiones de terapia física de acuerdo a la disponibilidad de la clínica o institución en donde se intervenga. El dolor de una intensidad moderada es normal durante los primeros días de la cirugía. En caso de no presentar complicación se dará de alta en la tarde del día dos de hospitalización, requerirá el uso de un collar rígido por un tiempo de 6 semanas posterior a la cirugía.

¿qué puedo hacer y que no?

La idea de la cirugía es que usted retome su vida común y corriente, por ende solo se le dan limitaciones por una semana, tiempo en el cual la herida cicatriza y cierra, posterior a ello usted puede y debe desarrollar sus actividades de la vida diaria, puede subir escaleras, puede salir al centro comercial, puede salir a pasear, puede tomarse unos tragos en una reunión social.

En lo concerniente a la parte laboral, se le dará una incapacidad laboral inicial de 15 días , en el control se valorara el requerimiento de prolongar dicha incapacidad medica hasta un máximo de un mes.

No olvidar el uso del collar rígido por un tiempo de 6 semanas aproximadamente

La almohada se debe acondicionar de tal forma que la altura sea igual a la distancia que hay del cuello al borde del hombro, con el fin de que al dormir la cabeza no se caiga o se incline

Al alta de la institución también se le dará orden de terapia física la cual debe ser iniciada lo antes posible de ser posible en el primer día posoperatorio, dicha orden la puede tomar en su eps o solicitar realizarla con nosotros **NEOC** en forma particular para mayor prontitud del inicio de la terapia y una terapia mas guiada a pacientes con patología de columna

¿controles?

Tan pronto tenga el alta hospitalaria se le dará un control por cirugía de columna para realizarse a los 15 días de la cirugía, que debe ser con el cirujano tratante que realizo la intervención, para ello se puede comunicar con la institución en donde fue realizada la intervención y solicitar la cita, en caso de no consecución de la cita se puede comunicar con los teléfonos de **NEOC** en donde le asignaran una cita con el cirujano de columna, dicha cita por ser control posoperatorio no tiene ningún costo para usted como paciente.

En el control valoraremos:

1. Satisfacción con el tratamiento: mejoro , empeoro, sigue igual
2. Valoración de la herida quirúrgica y retiro de puntos
3. Examen físico general y neurológico
4. Requerimiento de prolongación de incapacidades
5. Resolución de preguntas y dudas.
6. Verificación de realización o inicio de la terapia física
7. Solicitud de exámenes que se requieran como estudios de imágenes de columna

¿cuál es la duración del seguimiento?

Haremos un primer control a los 15 días de la cirugía, el segundo control al mes, con controles cada dos meses hasta completar un año de seguimiento. Esto por parte de su eps, para paciente posoperatorios en **NEOC** contamos con planes de seguimiento posoperatorio hasta dos años posteriores a la cirugía que no están incluidos en los programas de su eps y a los cuales puede acceder solicitándolos en los teléfonos de **NEOC**.

