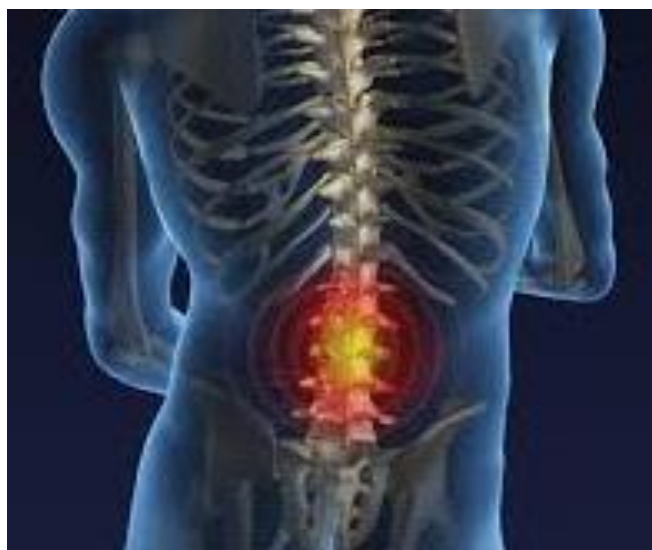
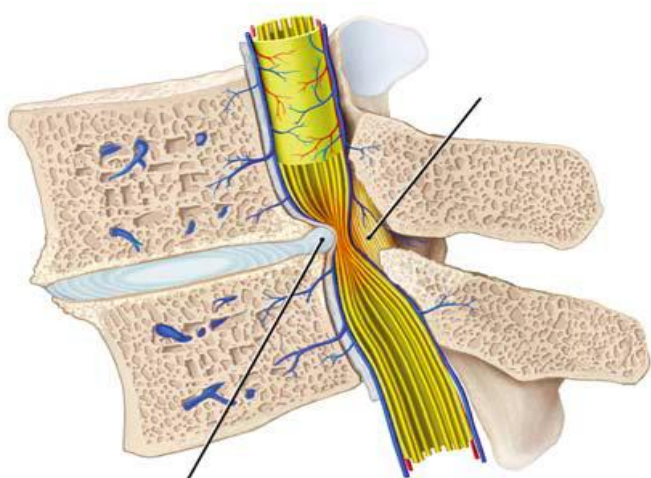




NEOC
NEUROCIRUGÍA Y ORTOPEDÍA DE COLUMNA



Canal lumbar estrecho y artrosis de columna

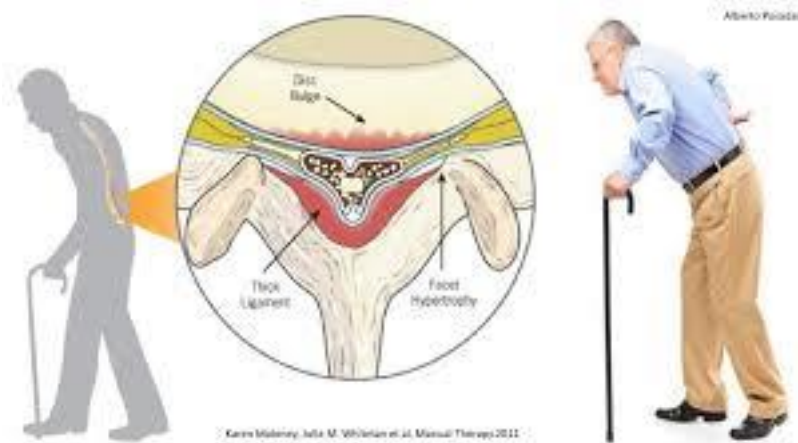
El dolor lumbar axial, que es el dolor que se localiza en la espalda baja y que en ocasiones se acompaña de calambres en las piernas y limitación para la marcha del paciente, puede generalmente ser secundaria a cambios artrosicos en la columna y a la obstrucción del canal por medio del cual bajan los nervios

Cirugía para canal lumbar estrecho y artrosis de columna

¿qué son los cambios artrosicos y el canal lumbar estrecho?

el proceso normal de envejecimiento condiciona cambios en todos los órganos del cuerpo, incluyendo la columna vertebral, estos cambios varían en cada persona y van acuerdo a su raza, edad, comorbilidades (presencia de otras enfermedades), estilo de vida y hábitos de vida, vicios en especial el cigarrillo.

Este proceso normal de envejecimiento la mayoría de veces es asintomático y no doloroso, pero existen casos en los cuales se manifiestan con dolor en la espalda, y , a veces se acompaña de calambres y limitaciones para la marcha, son estos los síntomas principales de los procesos artrosicos en la columna y del canal lumbar estrecho (obstrucción del canal por el cual viajan los nervios)



Síntomas de canal lumbar estrecho:

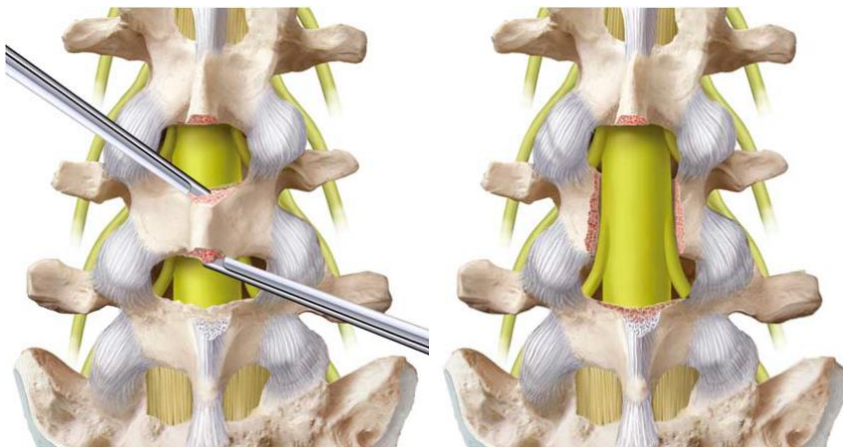
1. Dolor en la espalda baja
2. Calambres, corrientazos u hormigueos los miembros inferiores de predominio nocturno
3. Limitación para la marcha
4. Cambios en la posición o el habito corporal
5. Aumento progresivo del dolor haciéndose rebelde al manejo con analgésicos

¿qué opciones de tratamiento hay?

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

1. Manejo medico 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 (esta puede ser por minima invasión o cirugía abierta acorde a los requerimientos del paciente y será explicado al paciente en el momento de la consulta, también puede requerir instrumentación que es la colocación de materiales en la columna, pero eso es otro procedimiento y de requerirlo se le entregara otro documento junto con este explicando los aspectos de ese otro procedimiento)

¿en que consiste la cirugía para canal lumbar estrecho?



El objetivo de la cirugía es descomprimir las estructuras neurológicas (nervios) que viajan por el canal raquídeo, dicho objetivo se logra retirando una porción de hueso de la columna que se llama laminas espinales y que hacen que al retirarlas le dan mas espacio a los nervios 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 los nervios

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

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. 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 mas larga la hospitalización en caso de requerir lavados
2. Fistulas de liquido cefalorraquídeo: recubriendo las raíces nerviosas hay un saco lleno de liquido, este liquido se denomina liquido cefalorraquídeo, durante la cirugía hay que retraer este saco para descomprimir los nervios, en dicha retracción y si el hueso esta muy adherido a los tejidos circundantes se pueden presentar desgarros de dicho saco y quedar saliendo este liquido a esto se le llama fistula. Dicha fistula se puede ver durante la cirugía, de ser así se corregirá durante la cirugía realizando una sutura del saco roto y así parar la fistula, también la fistula se puede manifestar en los días siguientes de la cirugía y se manifiesta por la salida de un liquido transparente a través de la herida, en dicho caso el manejo es inicialmente medico con fármacos que disminuyen la producción de liquido y manteniéndose acostado boca abajo por unos días, si no mejorar la fistula con estas maniobras , se requerirá nueva cirugía para abrir la herida y buscar el sitio de la fistula y suturarlo o cerrarlo.
3. Persistencia del dolor: es una complicación muy poco frecuente menos del 1% de los casos y en caso de persistir con el dolor se realizara un nuevo estudio de resonancia para descartar que un fragmento nuevo de disco o un remanente del disco operado halla quedado en el canal de la columna y

requeriría volver a operar, de resultar normal la resonancia el dolor sería por la manipulación de la raíz nerviosa (neuritis) y mejorar con manejo antiinflamatoria neuromodulador y no requerirá prolongar la hospitalización

4. 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 más, si presenta una abertura considerable requerirá sutura de la herida.
5. Alteración de la función motora o del control de esfínteres: es una complicación extremadamente rara, consistente en que se vea en el paciente pérdida de fuerza en las extremidades inferiores o dificultad para controlar su esfínter urinario o esfínter anal.
6. 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
7. Seroma de la herida quirúrgica: es la acumulación de líquido 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
8. 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 genera una cicatrización anormal sobre las raíces nerviosas que estaban comprimidas, generando lo que se denomina fibrosis peridural, dicha complicación requiere manejo médico y intervencionista, generalmente no requiere nuevas cirugías, y puede generar gran dolor.
9. Reintervención: consiste en la necesidad de volver a operar por alguna de las 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.
10. Defecto estético en piel y cicatrización: inherente a su 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 dura de una a 2 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 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

¿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.

No se requiere el uso de fajas o corse, al contrario el uso de estos puede generar desgaste de los músculos de su espalda y pared abdominal haciendo que se aumente el desgaste en su columna, por ende no use fajas o corse el periodo posoperatorio a no ser que sea ordenado directamente por el cirujano de columna.

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.

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 realizó 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: mejoró , empeoró, 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**.