

GUIA PRÁCTICA

MÍNIMO ACCESO EN CIRUGÍA ESPINAL

Autores

Dr. Héctor Echevarria Requeijo
Dr. Raúl Candebat Candebat
Dr. Raúl Candebat Rubio
Dr. Orestes Mauri Pérez
Dr. Alexis Louit Hechavarria
Dra. Madelin Sosa Carrasco

Servicio

Ortopedia y Traumatología

INTRODUCCIÓN

La cirugía de mínimo acceso y cirugía de acceso limitado ha ganado auge en los últimos años en las diferentes especialidades medico-quirúrgica.

El tratamiento por mínimo acceso en cirugía espinal se ha venido empleando en la cirugía del disco intervertebral en la estenosis y en otras patologías como las inestabilidades y la vertebroplastia, entre otras, desde hace varios años pero los resultados que se han logrado no han sido muy alentadores por el alto índice de recidivas y lo prolongado del tiempo quirúrgico; los resultados en el seguimiento a largo plazo ha demostrado no haber grandes diferencias entre la cirugía convencional y la cirugía de mínimo acceso.

El desarrollo científico técnico que se ha tenido en los últimos años en los distintos instrumentales y técnicas además de contar con novedosos equipos como ortonavegadores facilita la aplicación de la cirugía endoscópica y de mínimo acceso con una mayor versatilidad en la cirugía espinal.

En 1988 se demostró una mejora muy notable en el tiempo transcurrido para la reanudación del trabajo de 6.5 días en comparación con 34 días que tardaban las convencionales, en corto tiempo en los EU este fue el la elección para tratamiento de la enfermedad vesicular.

En 1990 se inició la era moderna de la toracoscopia video asistida. La cirugía torácica anterior video asistida fue descrita por primera vez por *Obenchain* en 1991. La aplicación de la toracoscopia a la columna lumbar fue descrita por primera vez por *Marck* y colaboradores en 1993. Más recientemente varios autores han descrito los resultados preliminares de la fusión laparoscópica de la columna lumbar utilizando una jaula de fusión trenzada.

Diferentes modalidades quirúrgicas

- ***Disectomia abierta mediante laminectomia limitada*** y la ***micro disectomia*** continúan siendo las intervenciones de preferencia; 90 % de

los pacientes adecuadamente seleccionados presentan un alivio satisfactorio de los síntomas a corto plazo sin embargo, el seguimiento a largo plazo de estos pacientes muestran una reducción progresiva los resultados satisfactorios debido a posteriores alteraciones degenerativas.

- ***Disectomia lumbar percutánea***, tiene ventajas respecto a la intervención abierta debido a que el periodo de permanencia en el hospital es inferior, menor formación de cicatrices vertebrales y conservación de la estabilidad de la columna. Esta operación presenta limitaciones en cuanto a los discos secuestrados y migrados y fundamentalmente en el espacio L₅-S₁.
- ***Disectomia de aspiración percutánea***. esta modalidad utiliza una aspiración y un nucleótomo de desbridamiento rotatorio para crear una ventana en el núcleo pulposo que reduce la presión intradiscal. El mecanismo de alivio de esta modalidad no se conoce adecuadamente ya que estudios con imágenes posteriores a la cirugía no demuestran cambios en cuanto al volumen del material herniado.
- ***Disectomia con láser percutánea***. la aplicación de la técnica con láser al tratamiento de la hernia discal se basa en la aplicación del láser al material interno de la estructura discal utilizando fibra óptica fina para dirigir el haz de láser. El volumen de material vaporizado depende de la longitud de onda de la energía láser y en la actualidad se emplean varios tipos.
- ***Disectomia artroscópica percutánea***. los estudios realizados en cadáveres han demostrado que una cánula con diámetro externo de 6.5 puede introducirse de manera segura en la zona trabajo triangular sin poner en peligro las estructuras nerviosas vecinas. Se han descrito resultados comparables a los obtenidos con la cirugía abierta, en manos de cirujanos artroscópicos con experiencia.
- ***Disectomia microendoscópica***. esta técnica combina la tecnología endoscópica con los principios de la microdisectomia y aborda el canal requirió desde atrás a través de una incisión pequeña de 15 a 16 mm. La principal ventaja de esta disectomia radica en que reduce al mínimo la lesión de la musculatura paravertebral.

Técnica quirúrgica

Es esencial que el cirujano raquídeo trabaje conjuntamente con un cirujano laparoscópico, para garantizar un resultado satisfactorio.

- Se coloca al paciente sobre una mesa operatoria y radio transparente con los brazos acomodados al lado y un rodillo colocado bajo la columna lumbar para acentuar la lordosis lumbar.
- A continuación se coloca la mesa en posición de trendelenburg pronunciado. Ello hace que la gravedad movilice los órganos hacia arriba, apartándolos de la pelvis.

- Se expone entonces la cavidad peritoneal utilizando una insuflación de CO₂. Se utilizan cuatro incisiones pequeñas para trocar para exponer el campo quirúrgico e introducir los instrumentos.
- El endoscopio se introduce a través de un trocar peri umbilical de 10 mm, se colocan dos portales de 5 mm, cada lado de la línea media para la retracción y se coloca un trocar de 18 mm por encima del pubis para que actúe como sistema de introducción de las jaula de fusión.

Criterios de inclusión

- Pacientes con hernias discales contenidas en crisis de dolor lumbociático que no responden al tratamiento conservador.
- Pacientes con dolor lumbar que no han respondido al tratamiento y quedan su consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Cuadros sépticos o supurativos agudos
- En hernias extruidas o migradas.