



Tratamiento quirúrgico de las estenosis del conducto lumbar

E. Ferrero, M. Ould-Slimane, P. Guigui

La sintomatología funcional secundaria a una estenosis del conducto lumbar puede alterar la calidad de vida de los pacientes que la presentan, en ocasiones de forma importante. Aparte de los casos relativamente raros del síndrome de la cola de caballo o de los trastornos motores graves, el tratamiento quirúrgico sólo puede plantearse después de un tratamiento médico bien realizado y en función de las molestias funcionales referidas por el paciente. Es necesario sopesar los riesgos de esta cirugía frente a sus objetivos esencialmente funcionales y evitar que los inconvenientes inherentes a los tratamientos quirúrgicos sean más importantes que las ventajas esperadas. Para simplificar el postoperatorio, se han desarrollado las descompresiones anteriores indirectas y la cirugía mínimamente invasiva. El prerrequisito esencial para esta cirugía es la presencia de una buena concordancia anatomoclínica. A continuación, la estrategia quirúrgica debe sistematizarse perfectamente y responder a las siguientes preguntas: ¿se debe realizar una descompresión? ¿Qué raíces deben descomprimirse? ¿Hay que asociar una estabilización a la descompresión? ¿Qué tipo de estabilización se debe escoger?

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Estenosis del conducto lumbar; Anatomía radicular; Descompresión; Laminectomía; Artrodesis lumbar

Plan

■ Introducción	1
■ Descripciones anatómica y fisiopatológica	2
Datos anatómicos	2
Datos etiológicos y fisiopatológicos	3
■ Estrategia terapéutica	4
¿Se debe realizar la descompresión?	4
¿Qué raíces se deben descomprimir?	6
¿Es necesario estabilizar?	6
¿Qué tipo de estabilización se debe escoger?	6
¿En qué posición?	7
Evaluación de las enfermedades concurrentes	8
■ Técnicas quirúrgicas	8
Descompresión posterior	8
Descompresión mínimamente invasiva	11
■ Complicaciones y reintervenciones	12
Complicaciones peroperatorias	12
Complicaciones postoperatorias	12
Reintervenciones	13
■ Conclusión	13

■ Introducción

La definición de la estenosis del conducto lumbar se basa en el concepto de anomalía de la relación continente-contenido; implica que la disminución del tamaño del

conducto o, mejor, de los conductos raquídeos, se asocia a una repercusión clínica cuyos tres signos funcionales principales son la lumbalgia, la claudicación neurógena intermitente sensitivomotora y las radiculalgias de reposo o de esfuerzo [1, 2]. Los trastornos esfinterianos o motores bien sistematizados son infrecuentes. Los principales diagnósticos diferenciales son la claudicación neurógena de origen vascular o la claudicación motora de las compresiones medulares. En la estenosis del conducto lumbar degenerativa, la aparición de los signos clínicos suele ser lenta y progresiva.

Descrita y reactualizada esencialmente en la década de 1950 por Verbiest, su tratamiento se ha modificado mucho en los últimos 15 años [3, 4]. Las descompresiones anteriores indirectas se han reactualizado y se ha desarrollado la cirugía mínimamente invasiva con el fin de simplificar el postoperatorio. Por el contrario, la consideración de los conceptos de equilibrio en el plano sagital ha aumentado extremadamente, en algunos casos, la complejidad de la intervención quirúrgica. Por último, en la actualidad esta cirugía se dirige a pacientes cada vez más ancianos, con enfermedades concurrentes progresivamente más numerosas.

Con independencia de la técnica quirúrgica que se vaya a utilizar, lo verdaderamente importante por encima de todo es el rigor a la hora de aplicar la estrategia y la táctica terapéutica. Hay cuatro preguntas que deben guiar esta última:

- ¿en qué medida las pruebas de imagen explican la sintomatología funcional referida por el paciente (éste es

el prerrequisito indispensable para cualquier indicación de un tratamiento quirúrgico)?;

- ¿cuándo se debe proponer un tratamiento quirúrgico frente a un tratamiento médico? Esta patología es sobre todo de tipo funcional y únicamente compromete la calidad de vida del paciente [5]. Por lo general, este concepto debe tenerse en cuenta en todas las etapas del tratamiento quirúrgico de estas afecciones: indicación quirúrgica, realización técnica de la cirugía, información al paciente, etc.;
- ¿cuáles son los objetivos del tratamiento quirúrgico? ¿Son adecuados a la solicitud del paciente?

Por último, existen cuatro preguntas que permiten determinar la táctica quirúrgica más adecuada para lograr los objetivos deseados:

- ¿se debe realizar una descompresión?;
- ¿qué raíces se deben descomprimir?;
- ¿hay que completar la descompresión con una estabilización?;
- ¿qué tipo de estabilización se debe escoger?



■ Descripciones anatómica y fisiopatológica

Dado que el análisis de las pruebas de imagen en el diagnóstico y la actitud terapéutica son esenciales, se presentarán en primer lugar varios datos anatómicos y, después, fisiopatológicos.

Datos anatómicos

Desde un punto de vista anatómico, el conducto raquídeo presenta tres zonas: el conducto central, el conducto lateral y el agujero de conjunción [2, 6, 7] (Fig. 1). Estas zonas de compresión se describen adecuadamente en las pruebas de imagen del conducto vertebral (resonancia magnética [RM] o tomografía computarizada [TC]) [8].

El conducto central contiene el saco dural, que está formado por el apilamiento de anillos alternativamente fijos y móviles. Los anillos fijos, óseos, son completos y están cerrados al nivel de la mitad inferior del pedículo. Están limitados delante por los muros vertebrales posteriores, lateralmente por los pedículos y detrás por las láminas. A este nivel, es posible medir en la tomografía computarizada su diámetro anteroposterior, que suele ser igual o superior a 15 mm. Los anillos móviles están limitados delante por los discos y detrás por los macizos cigapofisarios; están abiertos lateralmente [9-11] (Fig. 2).

El conducto lateral o conducto radicular es el espacio por el que discurre la raíz nerviosa entre su salida del saco dural y su salida del conducto raquídeo por el agujero de conjunción. Se subdivide de arriba hacia abajo en desfiladero discoradicular y receso lateral. El receso lateral es el segmento del conducto lateral situado medialmente al pedículo, delimitado delante por el cuerpo vertebral

y detrás por la base de la apófisis articular superior [2, 12] (Fig. 3).

El agujero de conjunción puede dividirse en dos partes superponibles. La parte superior subpedicular contiene la raíz nerviosa que sale del conducto vertebral. A este nivel, presenta el ganglio espinal. La parte inferior del agujero de conjunción, situada al nivel del disco, no contiene elementos nerviosos, sino únicamente elementos vasculares y tejido adiposo. Por tanto, la altura del agujero de conjunción depende de la altura del disco intervertebral [13] (Fig. 4),

Esto permite dividir el trayecto de cada raíz en el interior del conducto en cuatro segmentos. Un segmento de salida, donde la raíz está unida al saco, un segmento discal, donde la raíz se sitúa en el desfiladero discoarticular entre el disco y el macizo cigapofisario, un segmento pedicular en el receso lateral y un segmento foraminal en la parte superior del agujero de conjunción. Por tanto, la salida radicular se sitúa un segmento por encima de su salida del conducto raquídeo por el agujero. Esta anatomía topográfica es particularmente importante y se debe conocer adecuadamente en la evaluación de una estenosis lumbar, sobre todo si está indicado un tratamiento quirúrgico porque será necesario determinar dónde y por cuál estructura está comprimida la raíz. Por ejemplo, una raíz L5 puede estar comprimida a su salida por una hipertrofia del macizo articular L4-L5, por osteofitos discocorporales L4-L5 y, en ocasiones, por una hernia discal L4-L5. También puede estar comprimida en su trayecto lateropedicular por osteofitos desarrollados a partir del pedículo de L5. Por último, puede comprimirse en su entrada en el agujero L5-S1 o en su trayecto foraminal por una hipertrofia del macizo articular L5-S1 (Fig. 5).

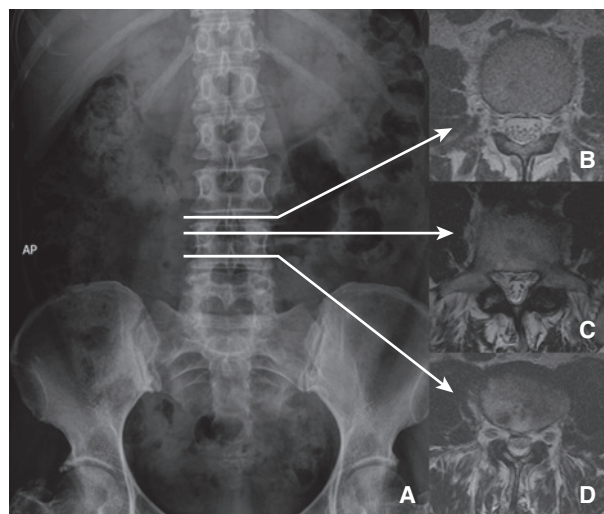


Figura 1. Anatomía del conducto radicular, en resonancia magnética (cortes axiales) (A-D). Conducto central (B). Conducto lateral (C). Agujero de conjunción (D).

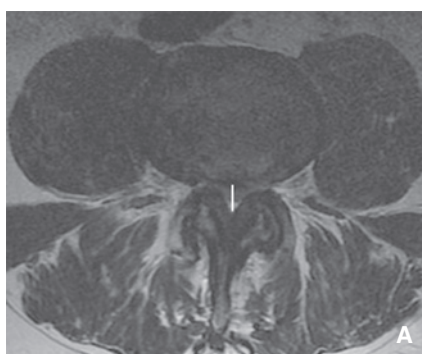


Figura 2. Estenosis del conducto central en la resonancia magnética (A) y en la tomografía computarizada (B) en L3-L4.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8798039>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8798039>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)