

DISCECTOMIA CERVICAL ANTERIOR POR HERNIA DISCAL CERVICAL.

Identificación y descripción del procedimiento:

¿Qué son las HERNIAS CERVICALES? Los discos son estructuras que existen entre cada dos vértebras y que sirven para amortiguar las cargas que soporta la columna vertebral. Cuando los discos degeneran por la edad o por los esfuerzos repetidos, pueden llegar a salirse de su localización normal, lo que se conoce como hernia de disco.

Al salirse pueden comprimir estructuras nerviosas que puede cursar con trastornos sensitivos en brazos en forma de “hormigueo” (parestesias) o sensación de “acorchamiento” (hipoestesia), y con dolor (radiculalgia) en el brazo o en la mano. Los reflejos suelen estar disminuidos. En fases más avanzadas puede aparecer pérdida de fuerza en algún grupo muscular de la extremidad superior.

¿Qué es la ESPONDILOSIS CERVICAL?

Es una degeneración o artrosis de las articulaciones que hay entre las vértebras cervicales, incluido el disco, por pequeños traumatismos repetidos, enfermedades reumáticas o por la edad.

Es un hallazgo frecuente en la población general. Se encuentra evidencia radiológica de artrosis cervical en un 25-50% de la población alrededor de los 50 años, y en un 75-90% a la edad de 65 años.

Esta degeneración se manifiesta por rugosidades, osteofitos, que se pueden comportar de la misma forma que la hernia discal.

Las hernias discales son más blandas y los osteofitos de la espondilosis son más duros. Sin embargo muchas veces se asocian en el mismo enfermo. El 94% de los cambios degenerativos se detectan a nivel de las vertebras C4 hasta la última vértebra cervical: C7.

No todos los pacientes con cervicoartrosis desarrollan sintomatología neurológica, aunque sí presentan, con frecuencia, síntomas relacionados con la artrosis de las vértebras: dolor de cabeza, dolor cervical, mareos (sobre todo con los movimientos del cuello), disminución de la movilidad cervical, etc.

**RECUERDE, SU SALUD ES IMPORTANTE
Y QUEREMOS DARLE EL MEJOR
CUIDADO, CONSULTE CON SU MÉDICO**

Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar. ¿Cuándo está indicada la intervención?

El tratamiento con medicamentos y reposo es la solución en la mayor parte de los casos. Pasada la fase aguda está indicado el Tratamiento Rehabilitador. Sin embargo, cuando la hernia de disco es muy grande, existe lesión de los nervios o no se mejora con el tratamiento médico, ni rehabilitador, puede ser necesario el tratamiento quirúrgico.

¿En qué consiste la operación?

Depende de cada caso y a veces de la experiencia de cada cirujano elegir una técnica por vía posterior o por vía anterior.

- La cirugía por vía anterior se hace mediante una operación a través de los pliegues de piel de la mitad derecha o izquierda y anterior del cuello. Existen diferentes técnicas para realizarlo (Cloward, Otero, Smith-Robinson.).

El objetivo de la operación es extraer el disco herniado y /o los osteofitos. Frecuentemente después de quitar el disco, se coloca una pieza de hueso u otro material (artrodesis anterior) o una prótesis total del disco.

Algunos cirujanos prefieren por esta vía quitar casi todo el cuerpo de las vértebras (corporectomía), fijar las vértebras con placas de titanio, etc.

- La cirugía por vía posterior se hace a través de una incisión mayor en la línea media del cuello, se reseca la parte posterior de una o varias vértebras (laminectomía) y se quita la compresión a los nervios o a la médula.

¿Cuáles son los riesgos, complicaciones y secuelas posibles?

Las más frecuentes son las molestias en el cuello y dolor al tragar. Estas molestias ceden a los pocos días y se controlan fácilmente con tratamiento.

Más raramente pueden producirse problemas con las piezas que se colocan entre las vértebras, infecciones de la herida y las derivadas de cualquier anestesia general.

Las complicaciones más graves que se han descrito, aunque excepcionales, son las que se deben a lesión de las zonas cercanas a la columna cervical (médula espinal, esófago y tráquea), que pueden oscilar entre una mayor o menor lesión nerviosa hasta ser causa de muerte (excepcionalmente).

**RECUERDE, SU SALUD ES IMPORTANTE
Y QUEREMOS DARLE EL MEJOR
CUIDADO, CONSULTE CON SU MÉDICO**

Complicaciones posibles, aunque no necesariamente probables:

- Déficit radicular transitorio (1.2-19%).
- Persistencia del síndrome radicular o agravamiento (0.4%).
- Infección superficial de la herida (0.9-6.8%).
- Discitis (0.2.-1.9%).
- Meningitis (complicación casual).
- Absceso (complicación casual).
- Lesión medular nueva (agravamiento) (0.2.-4%) o lesión medular preexistente (0.5-3.3. %). Lesión del nervio recurrente (0.2.-4%).

En caso de no someterse a esta cirugía, existen riesgos específicos asociados a su sintomatología, pero en términos generales tienen relación con la persistencia del dolor radicular, déficit neurológico progresivo dependiente de la compresión crónica de las raíces nerviosas y/o de la medula espinal, que pueden llevar a déficit neurológicos permanentes, que no necesariamente se recuperaran en caso de practicarse la misma cirugía en forma tardía, y complicaciones generales asociadas al uso crónico de medicamentos del tipo Corticoides o Antiinflamatorios no esteroidales (a modo de ejemplo, gastritis crónica erosiva, úlcera gástrica, hemorragia digestiva, daño de la función renal, etc.)

**RECUERDE, SU SALUD ES IMPORTANTE
Y QUEREMOS DARLE EL MEJOR
CUIDADO, CONSULTE CON SU MÉDICO**