

◆ DECISION DE TRATAMIENTO QUIRURGICO Y ELECCION DE LA TECNICA.

Una vez comprobada imagenológicamente la compresión radicular por hernia del disco y agotados los intentos de tratamiento conservador (incluidos los bloqueos epidurales con metilprednisolona u otros corticoides y lidocaina), en un paciente con manifestaciones recurrentes de dolor, parestesias o déficit funcional, considerables como incompatibles con su estilo de vida u obligaciones laborales, se decide la descompresión quirúrgica de la raíz. Preferiblemente durante un período doloroso del paciente y si su estado general de salud lo permite. En caso de déficit motor o esfinteriano, la operación puede adquirir un carácter urgente, aunque el dolor haya disminuido (la compresión intensa de la raíz, puede interrumpir también la conducción del dolor).

En el párrafo anterior expuse los criterios de selección que personalmente empleo para operar un paciente. Pero hay expertos neurocirujanos que se limitan a operar en condiciones que proporcionarán sólo resultados excelentes a sus series (criterios publicados y comunicaciones personales), por lo que deben incluir 6 condiciones (aunque las 3 últimas excluyen muchos pacientes que pudieran mejorar su calidad de vida con una operación y obvian la necesidad de formar nuevos neurocirujanos bajo la tutela práctica de especialistas bien entrenados). Las condiciones son: 1) más cialgia unilateral que lumbalgia; 2) problemas neurológicos que se correspondan exactamente con los hallazgos imagenológicos; 3) signo de Lasegue positivo; 4) no operados previamente; 5) menores de 40 años y 6) sólo el experto puede trabajar a partir de la separación del músculo.

Nos referiremos en este trabajo a las hernias de disco en adultos no operados previamente. Los casos ya operados por otros cirujanos, sobre todo cuando se han empleado técnicas tradicionales sin mínimo acceso y microcirugía, en general presentan problemas de estenosis del canal por fibrosis epidural y como tal hay que enfrentarlos. Por lo que su técnica no cabe en esta revisión.

La técnica quirúrgica ha evolucionado desde 1934, cuando Mixter y Barr (2) abrían la duramadre para localizar el prolapso discal. Después se desarrollaron, hasta los años 70, técnicas extradurales que implicaban amplias incisiones de piel y fascias; frecuente exploración de 2 ó más espacios; manejo (en general poco cuidadoso) del músculo erector del tronco y sus inserciones al arco posterior vertebral y laminectomías o hemilaminectomías amplias con facetectomía parcial o total; con o sin implantes óseos (fusión); con o sin instrumentación (osteosíntesis con metales para fijación: alambre, láminas, varillas, tornillos).

Estas técnicas favorecen el desarrollo de adherencias fibróticas entre el músculo y las cubiertas de duramadre de las raíces, con efecto compresivo posterior. También son proclives a lesiones musculares y a provocar los síndromes miofascial y facetario postoperatorios y dejan marcas cutáneas antiestéticas.

El desarrollo de la imagenología y el empleo del microscopio quirúrgico en la neurocirugía (finales de los años 60), permitieron el inicio de los procedimientos de mínimo acceso y microtécnicas con magnificación.

En la segunda mitad de los años 70, Caspar, Gilsbach, Eggert y Seeger en Alemania; Yasargil en Suiza y Williams en Estados Unidos, describieron técnicas de **MINIMO ACCESO Y MICROCIURUGIA** para la exéresis de las hernias de disco lumbares (3-6).

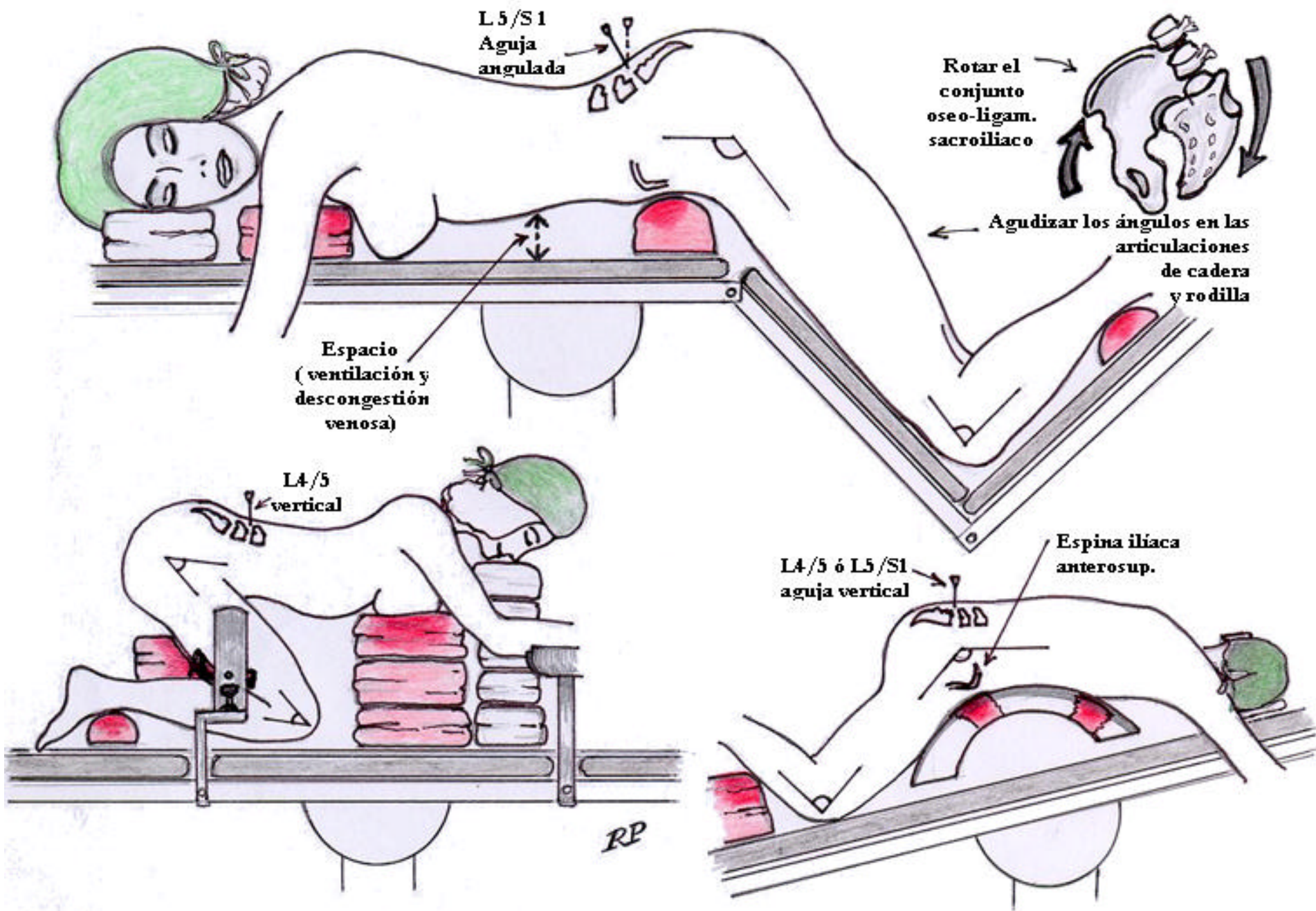
Durante mi entrenamiento en Bulgaria (1977), el Prof. L. Karaguiosov ya empleaba estas técnicas y se comenzaron a usar en nuestro servicio en 1980.

El **MINIMO ACCESO** se efectúa generalmente a través del espéculo lumbar creado por Caspar, o con el separador muscular diseñado por Taylor (más barato y difundido en casi todos los servicios).

Estas técnicas tienen como objetivos provocar el menor daño anatómico y fisiológico posible a las estructuras de cubierta (piel, fascias, músculos, ligamentos, sistema articular vertebral y su arco posterior óseo). Crear la menor inestabilidad lumbar posible, prevenir las cicatrices y fibrosis epidural y cutánea y permitir la rápida reincorporación del paciente a su labor habitual (promedio 45 días, si no es trabajo que requiera levantar cargas o realizar flexiones).

Para poder trabajar dentro del canal vertebral a través del estrecho túnel que brinda el acceso mínimo, se requieren: ubicación exacta de la lesión (espacio afectado) pre y transoperatoriamente; posición del paciente en la mesa que disminuya la lordosis lumbar, para ampliar el espacio interlaminar; iluminación coaxial y concéntrica y **MICROCIURUGÍA** (magnificación y microtécnica) (**figura 2**).

Posiciones y marcación del espacio



La **MAGNIFICACION** implica el empleo del microscopio binocular quirúrgico o, en su defecto, la lupa binocular con lámpara frontal acoplada. Pero la lupa no permite los cambios de aumento visual ni la cooperación eficiente de un ayudante.

La magnificación permite la **MICROTECNICA**, para una delicada exploración e identificación dentro del canal, de estructuras esenciales para esta operación: raíz, saco dural, prolapso o secuestro del núcleo del disco herniado y ramas del plexo venoso. Estructuras que, de ser dañadas o no identificadas durante una exploración poco cuidadosa, pueden dejar déficit neurológico, dolor, fístulas de LCR o sangramientos transoperatorios. La microtécnica facilita también maniobras más precisas para la exéresis del núcleo discal herniado.

Las técnicas microquirúrgicas, disminuyen las operaciones fallidas por falta de identificación del prolapso, de un secuestro libre o de otro elemento compresivo: tumor, várices, osteofitos cartilaginosos, etc.

La magnificación y las microtécnicas (microcirugía) pueden aplicarse con o sin mínimo acceso. Esta última variante es preferible, cuando no es posible el acceso mínimo.

Existen diferentes métodos eficientes para el tratamiento microquirúrgico de una hernia de disco lumbar. Con el paciente en posición de decúbito prono o lateral; variedades de acceso limitado, en dependencia de los separadores disponibles o de preferencia y con mayor o menor extensión de la exéresis del material del disco.