

Si en este paso se encuentra una hernia del núcleo pulposo parcial o totalmente libre en el canal, se extrae con un ponche para pituitaria (ponche para discos), disecándola cuidadosamente por posibles adherencias a la duramadre de la raíz o el saco.

El prolapso se incinde, inicialmente, en forma de arco, para que brote espontáneamente parte del material de la hernia, que se extrae. Después se completa la apertura del anillo fibroso y el ligamento longitudinal posterior en forma de ventana ovalada, para permitir una cómoda exploración del espacio. La exéresis de los remanentes de la hernia del núcleo pulposo se realiza con ponches, curetas y aspirador de 4 – 5 mm de diámetro, e irrigando suero fisiológico, para eliminar fragmentos pequeños libres.

No recomendamos la extracción del anillo fibroso, si no está desprendido (extruido). Tampoco la extracción de los platos cartilaginosos del disco, si no están extruidos espontáneamente. De esta forma, no es necesario introducir los ponches y las curetas más allá de 15-18 mm en el espacio, con lo que se previene la ruptura anterior del anillo fibroso y la posible lesión de vasos o vísceras abdominales. (Ver dibujos).

Sustentamos la idea de que conservar el anillo fibroso y los platos del disco, puede mantener algo del espacio entre los cuerpos vertebrales y de las traslaciones y rotaciones del segmento motor.

La exploración termina con la búsqueda de fragmentos libres o “secuestros” bajo el estuche dural, bajo las láminas y entre el anillo fibroso y el ligamento longitudinal posterior. Estas maniobras se realizan con un gancho sin punta. Al mismo tiempo, se buscan pedazos de cotonoide olvidados en el espacio.

Si hubo algún desgarro de duramadre, se procura suturar. Si no es posible (desgarros anteriores o muy laterales), en lugar de procurar mayor resección ósea (proclive a la inestabilidad), preferimos colocar un pedazo de poliuretano quirúrgico sobre el área desgarrada, dando un punto de "anclaje" del material. También puede emplearse un fragmento de músculo.

En caso de que una hernia laterodistal no se logre descomprimir por vía intravertebral, se requiere un acceso extravertebral al compartimento lateral distal, en una vía posterior intertransversa.

En los raros casos de hernia intradural, ésta se extrae con disección muy cuidadosa, para evitar la lesión de raíces de la cola de caballo y se cierra la duramadre lo más herméticamente posible. Si no alcanza para el cierre, se prepara una plastia de duramadre con poliuretano. En ocasiones hay que reparar primero la pared anterior de la duramadre (con las raíces separadas hacia un lado) y después cerrar la pared posterior (reparación intradural).

Se verifica la "liberación" de la raíz y el saco (fácil movilización y latido normal). Se completa la hemostasia, que se facilita al retirar los calzos ilíacos y se coloca un fragmento de grasa subcutánea en el espacio dejado por el ligamento amarillo, para disminuir el contacto directo entre el músculo y la duramadre.

Al retirar el separador de Taylor, el músculo, si no ha sido lesionado transoperatoriamente, recupera su posición. La fascia lumbodorsal y la aponeurosis del músculo, se cierran, en un plano, con puntos sueltos de sutura reabsorbible,

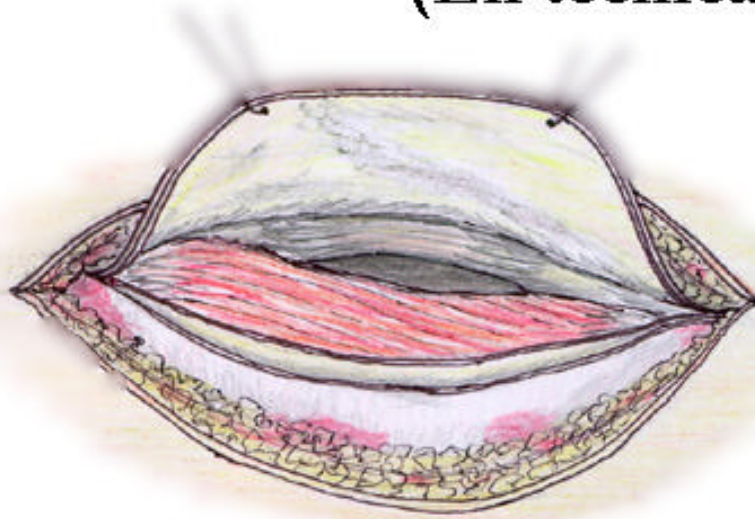
cercanos para prevenir hernias del músculo y el síndrome miofascial postoperatorio. Se sutura la fascia superficial (catgut cromado). El cierre de piel lo hacemos con sutura subdérmica (nylon) (**figura 13**).

Hay un porcentaje de pacientes, variable en diferentes series de tratamiento microquirúrgico entre 5 y 10%, que no mejoran con la operación (**operación fallida**). Las causas principales suelen ser: error en el espacio explorado por deficiente o ausente marcación radiológica transoperatoria. Error en el diagnóstico: confundir hernia con estenosis del canal por otra causa o con neuropatías no compresivas en canal. Insuficiente extracción del núcleo pulposo herniado, con extrusión tardía de fragmentos de la hernia. Falta de identificación de un "secuestro". Hernia de otro disco en un espacio contiguo, por sobrecarga, o que existía pero no fue diagnosticada. Presencia de un cuerpo extraño compresor olvidado transoperatoriamente (cotonoide). Lesión transoperatoria (iatrogénica) de la raíz; las facetas articulares; músculos o fascias. Procesos sépticos en el espacio: discitis, osteomielitis o abscesos. Por último, hay que pensar en causas no orgánicas (psíquicas o para ganancia secundaria).

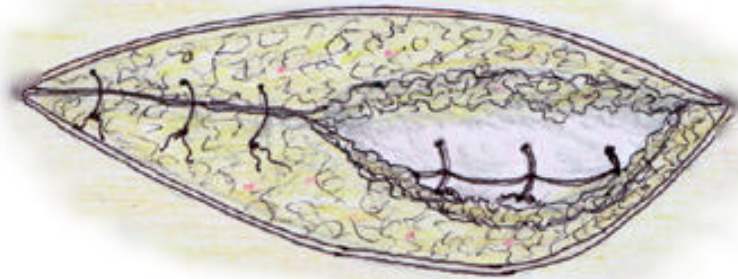
Cuando el fallo es por material discal remanente (visible en RMN o mielografía), si la reintervención se realiza durante los 2 – 3 meses posteriores a la primera operación, el proceder quirúrgico es similar. Pasado este tiempo, hay procesos fibróticos establecidos que pueden obligar a exéresis ósea mayor, para disecar de la parte sana hacia la parte cubierta por fibrosis. También hay mayor posibilidad de desgarros de la duramadre, al disecarla del tejido cicatrizal.

Si el error es por diagnóstico básico, la reintervención requerirá una técnica diferente, acorde al tipo de estenosis del canal presente.

Cierre (En técnicas de min. acceso)



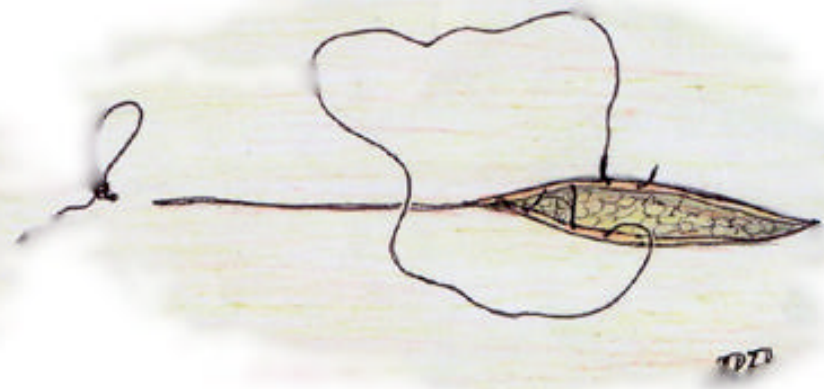
1
Al retirar el separador, el músculo no dañado retorna hacia línea media (prevención del síndrome miofascial)



3
Cierre de fascia superficial y tejido subcutáneo con catgut fino (prevención de dehiscencia de herida)



2
Cierre en un plano, con gatgut cromado, de aponeurosis del M. erector del tronco y fascia dorsolumbar (prevención de hernia muscular)



4
Sutura subcuticular ("subdérmica") con nylon o dacrón 3/0. (prevención de cicatriz antiestética)

La discitis postoperatoria, generalmente cede con el reposo (6–8 semanas) y si persisten manifestaciones de sepsis o eritrosedimentación acelerada, tratamiento con antibióticos. Pero en algunos casos rebeldes es necesaria la reintervención y exéresis del tejido séptico o necrótico, para descompresión y estudio bacteriológico. Sólo en pocos casos se requiere la estabilización quirúrgica.

Las lesiones iatrogénicas contra raíces; facetas (síndrome facetario o inestabilidad de columna) o músculos y fascias (síndrome miofascial), requieren tratamientos específicos clínicos o quirúrgicos.

Escrito y dibujado en 1998 por:

Dr. Ramiro Pereira Riverón
Servicio de Neurocirugía
Hospital Universitario "Gral. Calixto García"
Ciudad de La Habana.

Edición electrónica:

Ing. Juana María Pérez Mariño
Infomed

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Sybert GW, Arpin – Sybert EJ: Evaluation and management of the failed back syndrome. En: Youmans JR: Neurological Surgery. Vol 3, p. 2432. W.B. Saunders Co. Philadelphia, 1996.
- 2.- Mixter WJ, Barr JS: Rupture of the intervertebral disk with involvement of the spinal canal. N Engl J Med 211:210-215, 1934.
- 3.- Caspar W: A new surgical procedure for lumbar disk herniation causing less tissue damage through a microsurgical approach. Advances in Neurosurgery, 4:74-77. 1977.
- 4.- Yasargil M. G.: Microsurgical operation of herniated lumbar disk. Advances in Neurosurgery, 4:81-81, 1977.
- 5.- Williams RW: Microlumbar discectomy. A conservative surgical approach to the virgin herniated lumbar disk. Spine 3(2): 175-182, 1978.
- 6.- Gilsbach J, Eggert HR, Seeger W: Microsurgical operation for herniated lumbar disk. Scientific Information Aesculap, N° 5. Aesculap-Werke AG, 1979.
- 7.- Mayer HM: Percutaneous Endoscopic Discectomy. Aesculap Prospekt N° . S – 095, Aesculap AG, D-7200, Tuttlingen. 1995.
- 8.- Quigley MR, Maroon JC: Intradiscal treatment of lumbar disk disease. En: Youmans JR: Neurological Surgery, Vol. 3, p. 2382. W.B. Saunders Company. Philadelphia, 1996.