Su plan de cirugía de columna: por qué elegimos lo que elegimos

Su cirujano adaptará este plan a sus propias imágenes y síntomas.

DR. MOHAMED J.H. AL-AMOODI
CIRUJANO DE COLUMNA

Lo que usted tiene

Usted tiene estenosis espinal en varios niveles de la parte baja de la espalda. Con los años, los discos, las articulaciones y los ligamentos se han engrosado y han reducido el espacio para sus nervios. La presión sobre el canal central de los nervios causa pesadez y calambres en las piernas al caminar; la presión en los orificios de salida de los nervios causa un dolor agudo que baja por la pierna. Las inyecciones suelen ayudar solo por poco tiempo.

Nuestro plan quirúrgico

Paso 1: descompresión (laminectomía y foraminotomía). A través de una incisión en la espalda, retiramos el tejido engrosado y una pequeña parte del techo óseo que cubre los nervios, y ensanchamos cada orificio de salida del nervio, como ensanchar una tubería apretada. Conservamos sus propias articulaciones. En estudios grandes, cuando la columna es estable, esto funcionó tan bien como agregar una fusión, con menos sangrado, una estancia más corta y una recuperación más fácil. Alrededor de 1 de cada 5 personas necesitó otra operación en ambos casos.[1]

Paso 2, solo si es necesario: fusión (generalmente TLIF). Si el dolor de pierna por un nervio pinzado continúa después de que usted sane, retiramos el disco desgastado en ese nivel, colocamos un pequeño espaciador con injerto de hueso y aseguramos el nivel con tornillos y barras para que sane como una sola pieza sólida. Esto estabiliza el nivel y abre más el espacio del nervio.

Cuándo hacemos la fusión en la primera operación

Hacemos la fusión de inmediato si sus imágenes muestran cualquiera de estos hallazgos: una fisura en el pequeño puente óseo en la parte posterior de una vértebra[1]; un deslizamiento grande de un hueso hacia adelante sobre otro[1]; huesos que se desplazan al inclinarse hacia adelante y hacia atrás[2]; un hueso que se desliza hacia un lado o una columna rotada[3]; una curva lateral de más de 20 grados donde operamos[3]; y una operación previa en el mismo nivel[1]. En cada caso, retirar solo hueso podría hacer que su columna sea menos estable.

Cuándo sumamos pistas menores

Algunos hallazgos solo importan en conjunto. Contamos un punto por cada uno de estos: un disco colapsado que comprime el orificio de salida del nervio[6]; una columna inclinada hacia adelante o plana más allá de lo normal para su edad[5]; una curva lateral de más de 10 grados[3]; articulaciones con un ángulo que resiste mal el deslizamiento[7]; líquido o un quiste en una articulación[8]; y dolor de espalda peor que el dolor de pierna[7].

Hacemos la fusión en la primera operación cuando usted llega a 2 puntos. Si usted está sano y desea una sola operación, basta con 1 punto. Si tiene dos o más de los siguientes, necesitamos 3 puntos, porque una fusión es más riesgosa y tarda más en sanar para usted: edad mayor de 75 años o fragilidad, huesos delgados, tabaquismo, diabetes mal controlada, peso corporal alto, o enfermedad del corazón o de los pulmones. Primero trabajamos en estos factores.[9]

Si liberar los nervios durante la cirugía requiriera quitar demasiada articulación, agregamos la fusión en ese momento, como lo acordamos con usted de antemano.[4]

Estudios en los que se basa

1. Dos grandes ensayos (SSSS, Suecia, 2016; NORDSTEN-DS, Noruega, 2022 y 2024) encontraron que la descompresión sola funcionó tan bien como agregar fusión, con una estancia más corta y menor costo. No incluyeron personas con curvas grandes, estrechamiento intenso de los orificios nerviosos, varios niveles deslizados o cirugía previa. Una fisura del puente óseo o un deslizamiento grande es enseñanza aceptada.

2. En el ensayo noruego, el desplazamiento en radiografías con flexión no predijo quién se beneficiaba de la fusión, y el ensayo sueco observó cerca de 1 mm de deslizamiento adicional tras la descompresión, sin efecto en los síntomas. Aun así, planeamos fusión cuando el desplazamiento es grande.

3. Las personas con una curva de más de 20 grados que recibieron fusión mejoraron más al año (Oswestry 16.6 vs 28.1; dolor de espalda 1.5 vs 3.7) que quienes recibieron solo descompresión (Spine Journal, 2024). El deslizamiento lateral se asocia con dolor de espalda residual tras la descompresión (European Spine Journal, 2013).

4. Quitar la parte interna de una articulación mantiene estable la columna; quitar una articulación completa, incluso de un solo lado, no (estudios de facetectomía graduada; Abumi 1990).

5. Liberar los nervios cambia la curva de la parte baja de la espalda solo unos 3 grados (European Spine Journal, 2021). Las personas mayores normalmente se inclinan más hacia adelante, por eso usamos metas ajustadas a la edad (Lafage).

6. Altura del disco menor de 4 mm o altura del orificio nervioso menor de 15 mm (Hasegawa, 1995): el orificio depende de la altura del disco.

7. Una revisión de la descompresión sola encontró peores resultados con articulaciones muy inclinadas y con dolor de espalda mayor que el dolor de pierna.

8. Líquido articular de 2 mm o más se asocia con deslizamiento (Chaput, 2007).

9. La fusión en pacientes con obesidad no consolida aproximadamente el doble de veces, y cerca de 13% más con diabetes (estudios combinados). En un registro sueco de 6,532 personas, el total de segundas operaciones fue similar (16% vs 13%). Varios de estos umbrales de salud son reglas prácticas, no resultados de ensayos.