

HOSPITAL GENERAL DE MORÓN
CIEGO DE ÁVILA

Cirugía ambulatoria en hernia discal cervical

DR. ÁNGEL JESÚS LACERDA GALLARDO¹ E ING. RIGOBERTO BORROTO PACHECO²

Lacerda Gallardo AJ, Borroto Pacheco R. Cirugía ambulatoria en la hernia discal cervical. Rev Cubana Ortop Traumatol 1999;13(1-2):69-72.

Resumen

Se presenta un estudio observacional descriptivo de 30 pacientes, 17 (56,67 %) masculinos y 13 (43,33 %) femeninos, aquejados de hernias discales cervicales y que fueron operados por el método de cirugía mayor ambulatoria. La mielografía cervical 13 (43,33 %) y la TAC 12 (40 %), fueron los exámenes diagnósticos que influyeron en la decisión quirúrgica. La anestesia local con lidocaína al 2 %, apoyada por la sedación con benzodiazepinas, fue el método anestésico más utilizado 21 (70 %). Los resultados a los 6 meses del seguimiento posoperatorio fueron: 18 (60 %) excelentes, 9 (30 %) buenos y 3 (10 %) regulares. No hubo clasificados en el grupo malo.

Descriptor DeCS: HERNIA; VERTEBRAS CERVICALES/cirugía; MIELOGRAFIA/utilización; PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS AMBULATORIOS/utilización; ANESTESIA LOCAL/utilización; LIDOCAINA.

El ser humano aprendió a operar a sus semejantes mucho antes de saber escribir, o dejar registro de sus operaciones. A través de los siglos los hombres han ayudado a otros mediante la cirugía, mucho antes de que aparecieran los hospitales como instituciones importantes de la sociedad. Así pues, la cirugía del paciente ambulatorio es, en realidad, la forma más antigua de cirugía que conocemos. En los últimos siglos conforme se desarrollaron los hospitales, casi toda la cirugía se trasladó al medio hospitalario. Durante el siglo xx, se han realizado repetidos intentos por volver a popularizar y difundir las ventajas de dar de alta a los pacientes en el propio día de la operación, cuando ésta reviste poca gravedad.¹

El abordaje quirúrgico anterolateral para el tratamiento de la enfermedad del disco cervical comienza en la década de los años 60, con los trabajos de *Robinson* y *Cloward*.^{2,3} Su aplicación no sólo permite abordar directamente la región ventral de la duramadre, las vainas de las raíces nerviosas y las arterias vertebrales, sino que facilita una considerable flexibilidad para remover lesiones asociadas a estas estructuras o con inestabilidad espinal, además permite el uso de la posición supina durante la cirugía y la disección en planos avasculares, lo que asociado a su baja morbilidad favorece su aceptación generalizada.⁴⁻⁶

Todo lo expuesto nos motivó a iniciar la práctica de la cirugía mayor ambulatoria, en un grupo de

¹ Especialista de I Grado en Neurología.

² Jefe de Departamento de Informática. Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

pacientes intervenidos quirúrgicamente por hernias discales cervicales en nuestro servicio, para conocer los resultados con este método de cirugía.

Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo de 30 pacientes operados por hernias discales cervicales, en el período comprendido entre enero de 1997 y julio de 1997, de los cuales 17 (56,67 %) eran masculinos y 13 (43,33 %) femeninos, con una edad promedio de 40,33 años. Los espacios intervertebrales más afectados fueron el C5-C6; 24 (80 %), y el C4-C5; 13 (43,33 %), lo que coincide con lo reportado por otros autores.⁶

Se tomaron como criterios de inclusión:

1. Que los pacientes utilizaran el método de cirugía mayor ambulatoria para ser intervenidos, entendiéndose ésta como aquella cirugía en la que usando cualquier tipo de anestesia, el paciente requiere de un período de observación, sin necesidad de hospitalización.¹ 2. La existencia de cobertura por el médico de familia para el seguimiento de los pacientes en la comunidad. 3. La disponibilidad de transporte desde el lugar de residencia del paciente al hospital (excluyendo áreas rurales con difícil comunicación).

El abordaje quirúrgico empleado fue el anterolateral izquierdo^{4,5} y se realizó discectomía simple de uno o más niveles de lesión en todos los casos.

Se determinaron los exámenes diagnósticos que influyeron en la decisión quirúrgica, el método de anestesia empleado y los resultados a los 6 meses de seguimiento posoperatorio. Con tales propósitos se usaron los criterios de evaluación creados por los autores, dividiendo a los pacientes en 4 grupos:

Excelente: aquellos que se reincorporaron a su trabajo habitual, desaparecieron las manifestaciones neurológicas y requirieron el uso ocasional de analgésicos menores.

Bueno: los que se incorporaron a su trabajo habitual o similar, obtuvieron una mejoría parcial de las manifestaciones neurológicas y usaron ocasionalmente los analgésicos menores.

Regular: los que necesitaron un cambio del puesto de trabajo, no mejoraron ni empeoraron

sus manifestaciones neurológicas y usaron analgésicos potentes.

Malo: aquellos que quedaron incapacitados para el trabajo, no mejoraron o empeoraron las manifestaciones neurológicas y usaron analgésicos potentes.

Se consideraron resultados satisfactorios los clasificados en los grupos excelente, bueno y regular. El grupo malo se considera como un resultado insatisfactorio.

Los datos se obtuvieron de una encuesta creada previamente, con criterios computarizables, y se utilizó el paquete estadístico EpiInfo para la selección del método adecuado en cada variable; la estadística descriptiva y la distribución de frecuencias resultaron las más usadas. Para el procesamiento de la información se empleó una microcomputadora Pentium.

Resultados

Los exámenes diagnósticos que influyeron en la decisión quirúrgica fueron la mielografía cervical con contraste yodado hidrosoluble, la tomografía axial computadorizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN). La electromiografía (EMG), unida a los rayos X simples y a la clínica, sólo se tomaron en consideración en aquellos pacientes en los que no se pudo realizar otro examen definitivo (tabla).

TABLA. Exámenes diagnósticos que influyeron en la decisión quirúrgica

Exámenes	No.	%
Mielografía cervical (contraste hidrosoluble)	13	43,33
Tomografía axial computadorizada	12	40
Electromiografía, clínica y rayos X simples	4	13,33
Resonancia magnética nuclear	1	3,03

Fuente: Expedientes clínicos. N = 30.

El método anestésico empleado se encuentra en la figura 1, donde se aprecia cómo la sedación con benzodiazepinas y la anestesia local con lidocaína al 2 % fue el más frecuente 21 (70 %), seguido por la anestesia general 8 (26,67 %) y el bloqueo del plexo cervical, que se utilizó en 1 (3,33 %).

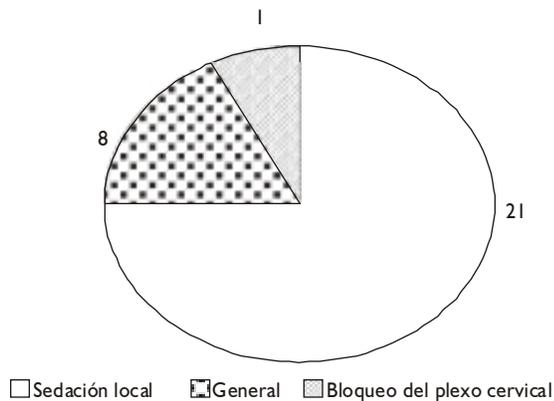


Fig. 1. Anestesia empleada.

La figura 2 expone los resultados a los 6 meses de seguimiento posoperatorio: 18 pacientes (60 %) se clasificaron como excelentes, 9 (30 %) buenos, 3 (10 %) regulares y ninguno se incluyó en el grupo malo.

Los resultados excelente, bueno y regular fueron catalogados como satisfactorios, mientras que el malo se consideró insatisfactorio.

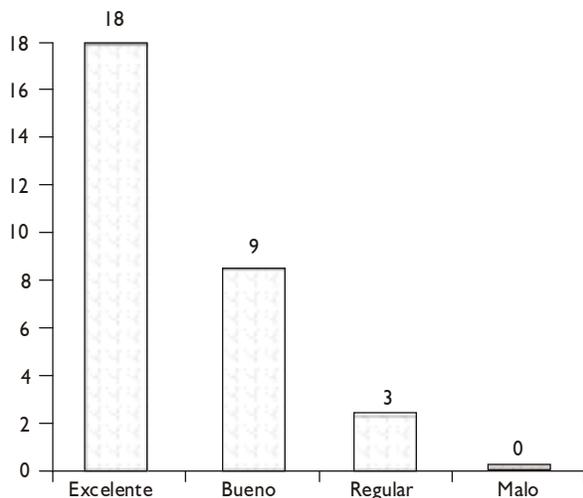


Fig. 2. Resultados obtenidos a los 6 meses de la operación.

Discusión

Según *Watts y Smith*,⁷ los síntomas radiculares en una hernia discal cervical son tan sugestivos del diagnóstico, que muchos consideran innecesario otro examen complementario para confirmarlo, no obstante la mayoría los indica para seguridad diagnóstica.

*Kricun y Kricun*⁸ han planteado que las hernias discales cervicales son diagnosticadas por la RMN en el 88 %, por la mielotomografía computadorizada (CTM) en el 81 %; la mielografía lo logra en el 58 % y la TAC sin contraste en el 50 %. Por lo anteriormente planteado estamos de acuerdo con *Watts y Smith*⁷ en que la clínica unida a la radiología simple, constituye el pilar fundamental en el diagnóstico de la hernia discal cervical; el resto de los exámenes son métodos a elegir, todos con márgenes de errores que fluctúan entre el 22 y el 50 %.

La utilización de anestesia local y sedación y el bloqueo del plexo cervical en nuestra serie, facilitó la aplicación del método de cirugía mayor ambulatoria al permitir una recuperación anestésica precoz, facilitar la disección en el área quirúrgica y evitar complicaciones inherentes al método de anestesia general, que implicarían la admisión del paciente como pueden ser: la intubación selectiva, intubación laboriosa con edema de la glotis, broncoespasmo, laringoespasmo, traumatismos de las vías aéreas superiores, arritmias, reacciones adversas a los agentes anestésicos, paro cardiorrespiratorio, recuperación tardía, etc.

Las ventajas obtenidas en nuestra serie con la aplicación de la cirugía ambulatoria incluyeron mantener al paciente en un ambiente psicofamiliar favorable, lo que facilitó una mejor recuperación, redujo las complicaciones posoperatorias a 2 casos (6,67 %), los que presentaron una radiculopatía residual transitoria que no estuvo relacionada con el proceder quirúrgico ni con el método de cirugía aplicado (ambulatoria), y que desapareció a los pocos días del posoperatorio, permitió una reincorporación precoz a las actividades habituales (3,46 meses), además redujo la estadía hospitalaria y los costos por paciente.

Los resultados a los 6 meses del seguimiento fueron satisfactorios en el 100 % de los casos. *Hooglan y Scheckenback*,⁹ en un estudio realizado con la aplicación de quemoneucleolisis y nucleotomía cervical percutánea utilizando el método ambulatorio, reportaron el 86 % de resultados excelentes o buenos, lo que coincide con los nuestros, donde el 90% se reporta dentro de estos grupos.

Con la aplicación del método de cirugía mayor ambulatoria se logró reincorporar al trabajo a 100 % de los pacientes incluidos en el estudio, en un período promedio de 3,46 meses, lo que coincide con lo planteado por otros autores.^{7,10}

Summary

An observational descriptive study of 30 patients, 17 males (56.67%) and 13 females (43.33%), who were operated on of herniated cervical disc by ambulatory major surgery was carried out. 13 patients underwent cervical myelography (43.33%) and I2 CAT (40%). These diagnostic tests allowed the surgeons to make a decision. Local anesthesia with lidocaine 2% supported by sedation with benzodiazepines was the most used anesthetic method, since it was administered to 21 patients (70%). The results of the postoperative follow-up 6 months later were as follows: 18 (60%), excellent; 9 (30%), good; and 3 (10%), fair. No one was considered as poor.

Subject headings: HERNIA; CERVICAL VERTEBRAE/surgery; MYELOGRAPHY/utilization; AMBULATORY SURGICAL PROCEDURES/utilization; ANESTHESIA, LOCAL/utilization; LIDOCAINE.

Résumé

Une étude d'observation descriptive de 30 patients, dont 17 (57,67 %) sont masculins et 13 (43,3 %) féminins, atteints de hernies cervico-discales et opérés par la méthode de chirurgie ambulatoire, est présentée. La myélographie cervicale de 13 (43,33 %) et la TAC de 12 (40 %) ont été les tests diagnostiques qui ont influencé la décision chirurgicale. L'anesthésie locale avec lidocaïne à 2 %, soutenue par la sédation avec benzodiazépines, fut la méthode anesthésique la plus utilisée (70 %). Les résultats à 6 mois du suivi post-opératoire étaient: 18 (60 %) excellents, 9 (30 %) bons et 3 (10 %) passables. Dans le groupe, il n'y a pas eu de résultats considérés comme mauvais.

Mots clés: HERNIE; VERTEBRES CERVICALES/chirurgie; MYELOGRAPHIE/utilisation; PROCEDURES CHIRURGICALES AMBULATOIRES/utilisation; ANESTHESIE LOCALE/utilisation; LIDOCAINE.

Referencias bibliográficas

1. Davis JE. Centro de cirugía mayor ambulatoria y su desarrollo. *Clin Quir Norteam* 1987;67(4):685-707.
2. Robinson RA, Walker AE, Felick DE. The results of anterior interbody fusion of the cervical spine. *J Bone Joint Surg* 1962;44:1569-87.
3. Cloward RB. New method of diagnosis and treatment of cervical disc disease. *Clin Neurosurg* 1962;8:93-132.
4. Schmidek HH. The anterolateral approach to the cervical spine in the management of cervical spondylosis and its complications. En: Schmidek HH, Sweet WH, ed. *Current techniques in operative neurosurgery*. New York, Grune and Stratton: 1977:303-22.
5. Caspar W. Anterior cervical fusion and interbody stabilization with the trapezial osteosynthetic plate technique. *Tuttlingen: Aesculap*, 1993:3-40.
6. Epstein BS. Afecciones de la columna vertebral y de la medula espinal. Estudio radiológico y clínico. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1984:671-9.
7. Watts C, Smith H. Disc disease. En: Grossman RG, ed. *Principales of neurosurgery*. New York: Raven, 1991:437-45.
8. Kricun R, Kricun ME, MRI and CT of the spine. Case study approach. New York: Raven, 1994:34-8.
9. Hooglyan J, Scheckenback C. Low dose chemonucleolysis combined with percutaneous nucleotomy in herniated cervical disks. *J Spinal Disord* 1995;8(3):228-32.
10. Dubuisson A, Lenelle J, Stevenaert A. La hernie discale cervicale. *Rev Med Liege* 1995;8(3):332-5.

Recibido: 30 de marzo de 1998. Aprobado: 12 de febrero de 1999.

Dr. Ángel Jesús Lacerda Gallardo. Calle Martí No. 11 entre Independencia y Libertad, Ciego de Ávila, CP 65400, Cuba.