

Descompresión lumbar

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

¿Por qué se ha sugerido esta operación?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza por ofrecer las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha recomendado consultarnos, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En su consulta, tomamos su historia clínica, lo examinamos y solicitamos estudios de imagen cuando resulta necesario. En problemas de desgaste como este, normalmente probamos primero tratamientos no quirúrgicos: pueden incluir cambios en sus actividades, fisioterapia o inyecciones. Solo consideramos la cirugía cuando esas medidas no le hayan proporcionado mejoría suficiente.

La descompresión lumbar consiste en aliviar la presión sobre los nervios de la zona lumbar. Generalmente se indica en casos de estenosis espinal, en los que los espacios que rodean los nervios se han estrechado y los comprimen. Es posible que su cirujano se la haya recomendado porque el dolor en su pierna es más intenso que el dolor de espalda; esto se asocia con mejores resultados tras esta operación. El objetivo quirúrgico es aliviar ese dolor en la pierna y ayudarlo a moverse y funcionar mejor. En la mayoría de los pacientes, la descompresión sin fusión produce mejoría en un plazo de 2 semanas.

Antes de la operación

Una vez planificada la cirugía, le daremos instrucciones claras a seguir. Deberá abstenerse de comer y beber durante siete horas antes del procedimiento. Pedimos siete horas en lugar de seis para poder adelantar su operación si el programa quirúrgico lo permite. Es posible que deba suspender algunos medicamentos; le indicaremos cuáles y cuándo hacerlo. Lleve consigo una lista por escrito de todos los fármacos que toma, incluyendo suplementos naturales o productos de venta libre. Organice que alguien lo lleve a casa después de la intervención. El día de la operación, use ropa holgada y cómoda. Las imágenes obtenidas mediante radiografías o resonancias magnéticas nos ayudan a planificar la cirugía; ya contamos con estas imágenes gracias a sus visitas previas. Si padece otras enfermedades, es posible que necesite análisis de sangre o una consulta con el anestesiista, el médico encargado de administrarle la anestesia.

El día de la intervención

Acudirá a la unidad de admisiones quirúrgicas del hospital, donde se le registrará y preparará para la cirugía. Conocerá al anestesta, el médico encargado de administrarle la anestesia. Esta operación se realiza bajo anestesia general. En ocasiones, se añade un bloqueo nervioso regional para aliviar el dolor postoperatorio; el anestesta hablará con usted al respecto ese mismo día. Posteriormente, será llevado al quirófano, donde se llevará a cabo la operación.

Despertará en la sala de recuperación, donde las enfermeras le vigilarán mientras la anestesia va desapareciendo. Una vez que su estado sea estable, será trasladado a la planta de hospitalización o podrá volver a casa, según el tipo de intervención y su recuperación.

Qué implica la operación

La descompresión lumbar se realiza mediante una incisión en la zona media de la espalda baja, sobre el nivel que está provocando los síntomas. El cirujano trabaja a través o cerca de los pequeños músculos que se extienden a lo largo de la columna vertebral; a menudo se emplean técnicas que preservan dichos músculos, así como los espolones óseos situados en la parte posterior de la columna y los ligamentos que los unen. El objetivo es acceder a los espacios estrechados sin alterar más estructuras de la espalda de lo necesario.

Una vez que los nervios quedan a la vista, el cirujano retira el tejido y el hueso que los comprimen. Esto puede implicar recortar parte del arco óseo que cubre los nervios, o incluso extirpar todo el arco en ese nivel si la estenosis es grave. También se puede eliminar el grueso ligamento situado dentro del canal espinal, que suele ser una fuente importante de presión. Si un disco desgastado está protruyendo sobre un nervio, se retira la parte protruida. En todo momento, el objetivo es proporcionar espacio a las raíces nerviosas y, en la medida de lo posible, mantener el funcionamiento de las pequeñas articulaciones que estabilizan la columna.

En ocasiones, la columna es demasiado inestable para operar sin refuerzo adicional. En esos casos, el cirujano puede realizar una fusión vertebral, uniendo dos vértebras para que se consoliden como un solo hueso. Esto es más probable si una vértebra se ha desplazado hacia adelante, si es necesario extraer gran cantidad de hueso para liberar un nervio, o si los estudios de imagen indican inestabilidad vertebral. La fusión suele requerir el uso de tornillos y barras metálicas para mantener los huesos inmóviles mientras cicatrizan. Antes de la operación, el cirujano le informará si se planea únicamente la descompresión o la descompresión acompañada de fusión, y los motivos de ello.

Después de la operación

Despertará en la sala de recuperación y, una vez estabilizado, será trasladado a la planta de hospitalización. Las enfermeras lo revisarán y le administrarán analgésicos según sea necesario. La mayoría de los pacientes pueden ponerse de pie y dar algunos pasos con ayuda el mismo día; moverse desde temprano favorece la recuperación. Su equipo médico le indicará si podrá volver a casa el mismo día o si deberá permanecer una noche en el hospital. Por favor, organice que alguien lo acompañe durante las primeras 24 horas después de regresar a casa.

Tendrá un pequeño vendaje sobre la incisión en la parte baja de la espalda. Dejamos el vendaje puesto durante unos 10 días; no lo retire antes de ese plazo, a menos que se lo indiquemos. Lo cambiaremos o lo retiraremos cuando vengamos a verlo.

Recuperación

Los primeros días en casa consisten en realizar movimientos suaves y descansar. Le dolerá la zona de la incisión en la espalda, y cierta hinchazón es normal. Caminar por la casa en trayectos cortos y frecuentes resulta más beneficioso que permanecer inmóvil en la cama. El uso de analgésicos según las indicaciones alivia el malestar mientras el cuerpo se recupera.

Su fisioterapeuta le guiará en ejercicios que, paso a paso, fortalecerán sus músculos y le devolverán la confianza. Los niveles de actividad suelen disminuir durante el primer mes tras la cirugía, para luego aumentar gradualmente en los meses siguientes. A medida que el dolor en la pierna disminuya, podrá realizar más tareas domésticas; asimismo, las caminatas más largas le resultarán más fáciles al recuperar la resistencia física. El vendaje se mantendrá durante unos 10 días; lo cambiaremos o lo retiraremos en su próxima visita.

Muchas personas perciben una mejora temprana en los síntomas de la pierna, y su capacidad funcional sigue mejorando a partir de ese momento. La recuperación varía según cada persona, por lo que su cronograma podría ser distinto. Su cirujano y fisioterapeuta le asistirán en cada etapa y le indicarán cuándo es seguro volver a conducir, trabajar y realizar las actividades que disfruta.

Qué puede salir mal

La mayoría de los pacientes evolucionan bien, pero en ocasiones pueden surgir problemas. Su cirujano y el equipo lo vigilarán de cerca para detectar cualquier anomalía a tiempo.

En algunas ocasiones, la fina membrana que rodea los nervios, llamada duramadre, se desgarra accidentalmente durante la operación. Es posible que note líquido transparente filtrándose de la herida, un dolor de cabeza que empeora al ponerse de pie o una sensación de presión en el lugar. Informe a su equipo de inmediato si observa alguno de estos síntomas.

Los propios nervios pueden irritarse o dañarse. Esto podría manifestarse como hormigueo nuevo, sensación de pinchazos, entumecimiento o debilidad en una pierna. Algunas personas notan un hormigueo breve que desaparece en 2 a 3 semanas. Comente cualquier síntoma neurológico nuevo en su próxima revisión, o llame a la clínica si son graves.

Puede producirse una infección en la herida. Esté atento a enrojecimiento que se extienda desde el corte, calor, hinchazón progresiva, secreción de líquido o fiebre. Una infección profunda puede causar un dolor profundo y palpitante que no cede con analgésicos comunes. Comuníquese con la clínica de inmediato si observa estos signos.

Se pueden formar coágulos en las venas profundas de las piernas; este riesgo es mayor durante los primeros cinco días tras la cirugía. Un coágulo puede provocar hinchazón y sensibilidad repentinas en una pantorrilla. Si

el coágulo llega a los pulmones, podría sentir dificultad respiratoria o dolor torácico súbitos. Acuda a urgencias si presenta estos síntomas.

En los primeros días tras la operación, puede resultar difícil orinar. Si no logra vaciar la vejiga, avise a la enfermera o llame a la clínica.

Otros problemas posibles incluyen infecciones torácicas o urinarias que requieran tratamiento, la necesidad de una transfusión sanguínea o la realización de otra operación posteriormente. Algunas personas necesitan una cirugía adicional si el estrechamiento original reaparece o si otro nivel cercano se deteriora con el tiempo. Su cirujano hablará con usted sobre esto si llegara a ocurrir.

Comente cualquier anomalía en su próxima revisión, incluso si le parece insignificante. En la tabla de complicaciones de esta página se detallan las tasas habituales, por si desea conocer los datos específicos.

¿Cuándo deben llamarnos?

Confíe en su instinto. Llámenos si tiene fiebre, si el enrojecimiento alrededor de la herida se extiende, o si sale líquido de ella. Llámenos si el dolor empeora repentinamente, o si aparece entumecimiento o debilidad nueva en una pierna. Acuda a urgencias si una pantorrilla se hincha y duele al tacto, o si experimenta dificultad respiratoria repentina o dolor en el pecho. Acuda a urgencias si no puede mover una pierna o si no puede vaciar la vejiga. Si hay algo más que le preocupe, llame a la clínica.