

Neurocirugía

Dr. Trujillo
Dr. Montero
Dr. Franco
Dr. Barbeito
Dr. Pino
Dr. Batista

Neurología

Dr. Gata
Dr. Márquez
Dr. Lobato

Neurofisiología

Dr. Rodríguez
Dr. Moreno
Dra. Carranza

Anestesia

Dra. Gracia
Dr. Gutierrez

Unidad del Dolor

Dr. Castillo
Dr. Suarez

Neuropsicología

Dra. Prian
Dra. Nuñez

LAMINECTOMÍA PARA RESECCIÓN DE TUMOR INTRARAQUÍDEO

¿Qué es un tumor intraraquídeo?:

Es una tumoración que se encuentra dentro del canal medular, siendo este el canal que forman las vértebras dentro del cual se sitúa la médula a nivel cervical y dorsal, en la región lumbar se sitúa la cola de caballo o conjunto de raíces que salen de la médula.

¿Para que se realiza?:

La intervención cuando se plantea es obligatoria debido a que estos tumores comprimen bien la médula o bien las raíces de la cola de caballo y con el tiempo generaran un déficit neurológico si no se intervienen. La intervención se realiza para la resección de la tumoración, que en la gran mayoría se realiza de forma completa pero en ocasiones NO es posible la resección completa debido a que se presupone una lesión al sistema nervioso.

¿Cómo se hace?:

Se hace con el paciente dormido completamente (anestesia general). Es, igualmente indispensable, la monitorización neurofisiológica intraoperatoria para poder valorar, controlar, y evitar la posible lesión del sistema nervioso.

Para realizarla, hay que llevar a cabo una laminectomía o apertura del canal medular, en los casos en los que los tumores esta por fuera de la duramadre no es necesario la apertura de la misma, pero en los que se encuentra intradurales es necesario la apertura y posterior cierre de la misma, y en los casos en que el tumor se encuentra dentro de la médula es necesario la apertura de la médula con sus consiguientes riesgos. En general, los resultados que se obtienen **compensan** los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

¿Tiene riesgos?

Según el tumor sea extradural, intradural extramedular, o intramedular la intervención va adquiriendo mayores riesgos, de forma fácil de entender debido a que si el tumor esta en contacto con la médula o bien esta dentro de ella, es necesario disecar, separar, y en ocasiones traccionar de la médula. Por tanto hay ciertos riesgos, que **no son frecuentes**:

Perdida de fuerza: Por la propia lesión o por la manipulación inevitable de la cirugía se puede presentar pérdida de fuerza, que en ocasiones es definitiva peor en otras es reversible, no siendo posible definir de forma prequirúrgica que pacientes presentaran esta complicación y en que grado.

Fístula de LCR: Salida de líquido cefalorraquídeo por la herida, no dejando que esta cicatrice correctamente, complicación relativamente frecuente en todas la cirugías de columna. Varía si existe afectación de la duramadre (envuelta de la médula).

Infección

Imposibilidad de resección completa: En ocasiones en estas intervenciones se puede producir una alteración intraoperatoria que NO nos permita la resección completa de la tumoración por existir riesgo confirmado de déficit neurológico

Debe saber que si ocurre cualquier complicación, todos los medios médicos y técnicos del hospital están preparados para intentar solucionarlas.

¿Hay otras alternativas?

NO existe alternativa posible a la presencia de una tumoración intraraquídea, debido a que la única posibilidad que tenemos es la resección de la tumoración. Únicamente la posibilidad que se plantea en ocasiones por la edad o los riesgos quirúrgicos del paciente es el seguimiento y actitud expectante ante una tumoración raquídea.

Manifiesto que tras la información recibida estoy conforme con la realización de dicho procedimiento. También soy consciente de que puedo rechazar/revocar la realización de la intervención y/o prueba en cualquier momento sin necesidad de justificarlo, siendo necesario únicamente comunicar a IENSA el rechazo de la intervención y/o prueba.

DNI. _____

Representan autorizado _____

DNI. _____

Dr. D. _____

Certifico que el paciente o la persona autorizada a actuar en su nombre ha sido informado/a de forma comprensible de la naturaleza de la intervención, de posibles alternativas a la misma, y de los riesgos que la misma conlleva.

Fecha _____

RELACIÓN EXHAUSTIVA DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA DE LAMINECTOMÍA PARA TUMOR INTRARAQUÍDEO

Las complicaciones más frecuentes o más graves se han descrito anteriormente. Sin embargo, debajo se relacionan, de forma más exhaustiva la mayoría de las complicaciones posibles, de acuerdo con las directrices de la **Sociedad Española de Neurocirugía**. No dude en preguntar al neurocirujano que le atiende.

COMPLICACIONES GENERALES.

COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES:

Úlcera por stress o por medicamentos que hay que administrarle.

TROMBOSIS VENOSA Y EMBOLISMO AEREO, (más frecuente en trauma espinal y tumor cerebral).

Trombosis venosa profunda, (4,3%). Tromboembolismo pulmonar, (0,5%).

FRACASO RESPIRATORIO AGUDO.

INFECCIÓN HOSPITALARIA.

NEUMONÍA, más en enfermos con bajo del nivel de conciencia y en aquellos inmunodeprimidos, (defensas bajas).

INFECCIÓN URINARIA, en enfermos sondados, inmunodeprimidos, etc...

COMPLICACIONES DE LA MONITORIZACIÓN INVASIVA: (cuando se realiza).

Catéteres arteriales: trombosis, isquemia-necrosis de las zonas trombosadas, infección.

Catéter venoso central, catéter arterio-pulmonar, cateterismo de vena subclavia o de vena yugular:

Lesión de la carótida, pleura, plexo braquial o tráquea.

Trombosis venosa, hemotórax, neumotórax, perforación arterial o de la pared ventricular, infección, sepsis...

INFECCIONES (en negrita al grupo que pertenece esta intervención):

I Cirugía sucia. (Enfermos infectados previamente. Abscesos, empiema, osteitis, infección cutánea):

Infección superficial, (3,5%).

Infección profunda, (5,6%).

II Cirugía contaminada. (Enfermos con heridas abiertas, fístulas de L.C.R., segundas intervenciones):

Infección superficial, (3,1%).

Infección profunda, (6,6%).

III Cirugía limpia contaminada. (Cirugía en contacto con senos nasales, fractura de cráneo, cirugía de duración mayor a 2 horas):

Infección superficial, (1,6%).

Infección profunda, (5,1%).

IV Cirugía limpia con cuerpo extraño. (Material de fijación vertebral, válvulas, clips, plastias durales, plastias craneales, etc...):

Infección superficial, (1,7%).

Infección profunda, (4,34%).

V Cirugía limpia:

Infección superficial, (1,9%).

Infección profunda, (0,7%).

COMPLICACIONES ESPECIFICAS DE LA LAMINECTOMÍA PARA RESECCIÓN DE TUMOR INTRARAQUÍDEO

1. Déficit neurológico pérdida de fuerza: se produce un empeoramiento de la fuerza en menos de un 5%. Según la altura del tumor se producirá una pérdida de fuerza en brazos o únicamente en piernas.

2. Déficit neurológico alteración sensitiva profunda: este déficit que implica a la sensibilidad que nos permite saber que posición tenemos de forma exacta se produce prácticamente el 100% de los casos de tumores intramedulares, aunque es cierto que en cada paciente se produce una afectación diferentes, de forma que en ciertos paciente NO son conscientes del déficit. Sin embargo no se produce en otras localizaciones del tumor.

3. Imposibilidad de resección completa del tumor: no esta definido un porcentaje en la literatura.

4. Cifoescoliosis: se presenta en el 15% de los pacientes, dependiendo del número de vértebras que se intervengan para la cirugía. Debido a la laminectomía extensa la columna se puede angular generando dolor o complicaciones mas graves. Depende del nivel siendo mas frecuente en la columna cervical, menos en la lumbar y excepcional en la torácica.

5. Fístula de LCR: salida de LCR por la herida de forma que no deja cicatrizar la misma. La frecuencia es menor al 5% en nuestra serie.

6. Hidrocefalia: complicación descrita en esta cirugía pero sin poder exponer frecuencia debido a que es excepcional.