

FLAVECTOMIA UNILATERAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS HERNIAS DISCALES LUMBARES

G. F. RECAGNO, O. R. ALEXENICER

Centro Neuroquirúrgico. Hospital Español de Rosario

PALABRAS CLAVE: Hernias discales - Flavectomía unilateral

RESUMEN

La discectomía por flavectomía unilateral ofrece menores molestias postoperatorias que abordajes más amplios. Acorta el período de internación y reduce el costo del tratamiento.

Con esta técnica es posible extirpar material discal en localización medial por vía unilateral sin secuelas y con excelentes resultados.

En la serie presentada de 56 pacientes no se observaron complicaciones postoperatorias y sólo ocasionales parestesias transitorias.

Introducción

En el año 1983 iniciamos el abordaje de la patología discal lumbar a través de flavectomía unilateral respetando las estructuras óseas.

Decidimos esta conducta ante la posibilidad de efectuar la discectomía por una incisión mínima y un campo operatorio reducido (2). Brindamos así al paciente una mínima molestia postoperatoria y una precoz movilización, que habitualmente no se logra cuando se utilizan técnicas de abordaje bilaterales y/o laminectomía parcial o total.

Material y métodos

Se comentan los 56 pacientes operados en el término 1983-1986 a los cuales se les abordó uno o dos espacios intervertebrales homolaterales por flavectomía unilateral (59 hernias discales). Excluimos los casos donde se efectuaron exposiciones bilaterales o laminectomías parcial o total.

Las edades oscilaron entre 27 y 68 años; la mayoría (43 casos) tenían entre 20 y 50 años (Cuadro 1). Hubo 26 varones y 30 mujeres, habiendo un predominio femenino que no se comprueba en otras series (3).

EDAD

20 a 30 años:	6 Pacientes
31 a 40 años:	22 Pacientes
41 a 50 años:	21 Pacientes
51 a 60 años:	3 Pacientes
más de 60 años:	4 Pacientes
SEXO	
26	VARONES
30	MUJERES

Cuadro 1

La localización mostró 24 casos intervenidos del espacio L5-S1, 28 del L4-L5, 1 de L3-L4 y L4-L5 y L5-S1.

Como método diagnóstico utilizamos en todos los casos la radiculografía lumbosacra con sustancia de contraste hidrosoluble. En los estudios se objetivó defecto lateral o posterolateral en 44, posterior solamente en 13 e interrupción casi completa al pasaje de la sustancia en 2 (ambos a nivel L5-S1). No hubo complicaciones importantes luego de este examen; sólo ocasionales cefaleas que cesaron con el decúbito y

y analgésicos comunes. En todos los casos intervenidos, la imagen radiculográfica fue positiva, desde una simple amputación de una raíz a un bloqueo casi completo. A pesar de la posibilidad de falsos negativos, creemos haber anulado tal circunstancia —o haberla disminuido significativamente—, practicando una posición de decúbito lateral sobre el lado afectado y la incidencia de los rayos paralela a la mesa, con lo cual hemos logrado visualizar los defectos más laterales.

Los estudios neurofisiológicos se solicitaron en forma complementaria en la mayoría de los pacientes, pero no condicionamos la indicación quirúrgica a su resultado.

El criterio para indicar la cirugía fue:

1. Lumbalgia y/o dolor radicular rebelde al tratamiento médico o que imposibilita sus tareas habituales.
2. Déficit neurológico.
3. Imagen radiculográfica positiva coincidente con la clínica.

Todos los enfermos fueron informados ampliamente sobre las posibilidades quirúrgicas y luego del claro planteo de la indicación, fue el mismo paciente quien solicitó la operación, debido habitualmente al dolor. Creemos que en esta conducta se basan, en parte, los buenos resultados obtenidos en esta serie, ya que la sobreindicación de la cirugía en columna lumbar es causa además de problemas laborales y/o legales (3).

La operación la realizamos con luz frontal y lupas quirúrgicas bajo anestesia general, con el paciente colocado en decúbito ventral, con las espinas ilíacas anterosuperiores apoyadas en un aparato que deja libre el abdomen. Incisión de aproximadamente 4 a 7 cm sobre las apófisis espinosas superior e inferior al espacio afectado. En algunos casos obtenemos una radiografía previa para su mejor localización. Sección de la aponeurosis con electrobisturí rasando las apófisis espinosas y desinserción de los músculos de la gotera paravertebral. Flavectomía y luego de incidir el ligamento vertebral común posterior y haber extirpado la mayor cantidad de materia posible con pinzas de disco, cureteamos generosamente el espacio intervertebral y extraemos el resto de materia discal. No suturamos el músculo pero sí la aponeurosis y el tejido celular subcutáneo con material reabsorbible.

El paciente deambula a las 24 horas de la intervención y es externado el 3° y 5° día.

Los hallazgos operatorios han sido:

1. 46 discos protruidos en los cuales al incidir el ligamento vertebral común posterior se obtuvo material degenerado en múltiples fragmentos pequeños.
2. 5 protrusiones en los cuales se obtuvieron uno a tres grandes fragmentos.
3. 8 extrusiones con fragmentos discales grandes ubicados total o parcialmente fuera del espacio intervertebral; en dos casos la extrusión era medial y originaba un bloqueo mielográfico casi completo a nivel L5-S1 (Figuras 1-2).

En los tres casos con patología a dos niveles certificada en la radiculografía, consideramos que los síntomas eran debidos a uno de ellos, pero ante el hallazgo radiográfico, extirpamos los dos discos alterados en el mismo acto quirúrgico como medida profiláctica.

No hemos registrado complicaciones postoperatorias.

Los resultados de esta serie han sido:

- Excelentes (libres de dolor con retorno a sus actividades habituales): 42 casos.
- Buenos (lumbalgia o ciatalgia leve y/o problemas laborales): 13 casos.
- Malos (dolor igual o peor con sintomatología neurológica): ninguno.
- Reoperaciones: un caso.

El paciente reoperado tuvo inicialmente un postoperatorio excelente con una evolución muy satisfactoria durante varios meses, para luego presentar bruscamente una ciática invalidante. En la reoperación, previa radiculografía positiva se constató la extrusión de un fragmento discal en el mismo espacio intervenido anteriormente. Posteriormente la evolución fue excelente.

Conclusiones

La discectomía por flavectomía unilateral respetando estructuras óseas ofrece menores molestias postoperatorias que abordajes más amplios acortando el periodo de



Figura 1. Bloqueo L5-S1. Hernia medial extruída. **Figura 2.** Control postoperatorio del caso de la Figura 1.

internación y reduciendo el costo del tratamiento.

Con esta técnica es posible extirpar material discal en localización medial por vía unilateral, sin secuelas y con excelentes resultados.

Recalcamos la ausencia de complicaciones postoperatorias y que a pesar del generoso cureteado del espacio —opinión no compartida por otros autores (3)— no observamos ninguna discitis. La retracción de la raíz —a veces importante— dejó ocasionalmente momentáneas parestesias que retrogradaron completamente.

BIBLIOGRAFIA

1. **Albert Lasierra P, Salgado H, Alarcón JC, Polaina M:** Tratamiento quirúrgico de la hernia discal. Nuestros resultados a los 5 años. VIII Reunión de la Patología de la columna vertebral. Murcia, España, 1981.
2. **Clavel Escribano M:** Abordaje microquirúrgico de las hernias discales lumbares. VIII Reunión de la Patología de la columna vertebral. Murcia, España, 1981.
3. **Schillaci RM, Rabadán A, Bromberg R, Gerschel A, Pardal E:** Resultado de la cirugía en 99 hernias de disco lumbar. *Rev Arg Neurocirug* 3:114-118, 1986.