

Consideraciones sobre la cirugía fallida espinal de la región lumbar

Considerations for Failed Lumbar Spinal Surgery

Juan Eduardo Martínez Suárez^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-9135-4968>

¹Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana. Cuba.

*Autor para la correspondencia: vdq@hha.sld.cu

Recibido: 28/01/2021

Aprobado: 28/01/2021

El fallo de la cirugía espinal es un tema polémico y a la vez frecuente.⁽¹⁾ El dolor generado por la patología degenerativa del raquis en general y de la región lumbar en particular, constituye uno de los motivos de consulta médica más frecuente. Si bien la mayoría de los pacientes mejoran con el tratamiento conservador, algunos requieren de tratamiento quirúrgico para intentar aliviar el dolor. A su vez, de los pacientes operados, entre el 5 y 20 % no mejoran o presentan una recaída de los síntomas en un período inferior a un año luego de la intervención.⁽²⁾

El factor ético ocupa un rol importante en el fallo de la cirugía espinal, que depende en gran medida de decisiones médicas en el momento de sugerir una cirugía espinal en un paciente con una patología que aqueja dolor lumbar. Por otro lado, existen factores propios del paciente, relacionados con la manera de

cicatrizar y provocar fibrosis, pero en gran medida el fallo radica en errores médicos.⁽¹⁾

El síndrome de la espalda fallida (en inglés, *failed back syndrome*), se refiere a los pacientes que después de haber sido sometidos a una cirugía de columna vertebral, siguen padeciendo dolor crónico persistente. En este síndrome, están incluidos un grupo muy diverso de pacientes que han sido sometidos a una gran variedad de cirugías de la columna vertebral, con resultados insatisfactorios.⁽³⁾

A continuación, se describen las causas más frecuentes de forma resumida:^(4,5)

1. Fibrosis del canal medular. Posterior a cualquier intervención en la columna, es normal que ocurra la cicatrización de la piel. Además, esta misma cicatriz se extiende en profundidad afectando a los músculos, grasa y tejido óseo. Cada persona cicatriza de una forma diferente, y el problema ocurre cuando la cicatrización es excesiva. Esto es lo que ocurre en la fibrosis del canal medular, en la que la cicatriz se adhiere a los nervios causando dolor crónico persistente al estar estas estructuras nerviosas atrapadas por la fibrosis.

2. Inestabilidad de la columna. En este caso, se produce un movimiento excesivo de las vértebras, lo que puede atrapar la médula o los nervios. Esto se puede producir porque en la anterior cirugía se haya extirpado el tejido óseo, o los ligamentos que fijan la columna, o bien porque que no hayan prendido los injertos óseos que se han colocado.

3. Inadecuada selección de los pacientes para la cirugía. Cuando no se clasifica al paciente basados en las indicaciones quirúrgicas, se comete el error de intervenir a una persona sin realmente tener criterio quirúrgico, por otro lado, en ocasiones existe equivocación en el nivel y lado a operar y se provoca iatrogenia con el paciente.

4. **Técnica quirúrgica errónea.** En algunos casos se interviene un paciente con una hernia discal sin tener en cuenta el carácter integrador y conocer si ese paciente presenta otra enfermedad como la estenosis del canal o una espondilolistesis. Se debe procurar resolver los problemas de salud desde el punto de vista de la columna vertebral en un mismo tiempo quirúrgico.

5. **Reparación de las hernias discales.** Si no se realiza una adecuada discectomía, con una revisión exhaustiva, quedan restos discales que pueden provocar nuevas sintomatologías. Si no se advierte al paciente sobre los cuidados y limitaciones, se provoca la aparición de nuevas hernias discales.

6. **Complicaciones relacionadas con la intervención.** La principal complicación es la sepsis, ya sea una discitis o una colección en el sitio quirúrgico. Los síntomas principales son dolor y pesadez en zona lumbar, glúteos y piernas. Se trata de un dolor intenso y persistente, que se alivia escasamente con el tratamiento de fármacos o rehabilitación. Con el tiempo, el daño puede ser tan severo que cause disfunción de los nervios con debilidad en las piernas, atrofia muscular, imposibilidad para caminar o disfunción de la vejiga o intestino (incontinencia).^(3,4)

Para el diagnóstico, el médico especialista tiene que evaluar los síntomas y llevar a cabo una exploración física y neurológica detallada. La resonancia magnética es una prueba clave para el diagnóstico, es segura e indolora. En esta prueba se detecta la causa del dolor y el lugar exacto donde se encuentra la fibrosis que atrapa los nervios y a la médula. En caso de que el dolor se produzca por movimiento excesivo de las vértebras, las radiografías dinámicas o funcionales son importantes para el diagnóstico. Consisten en radiografías de la columna inclinándose hacia delante y hacia atrás, lo que permite medir cuanto se desplazan las vértebras. En ocasiones se realizan estudios neurofisiológicos que miden el funcionamiento de los nervios, y así ayudan a determinar qué nervios son los más afectados.^(4,5)

¿Cuál será el tratamiento? El primer paso será una revisión concienzuda del caso por parte del médico de cabecera. La revisión detallada de los síntomas, exploración neurológica y de la resonancia magnética es fundamental para determinar la causa del síndrome fallido. Además, se revisará en detalle el tipo de cirugía que se ha realizado y las posibles complicaciones que hayan surgido. Una vez encontrada la causa, se dirige el tratamiento hacia la causa específica. En caso de fibrosis del canal medular, las opciones de tratamiento son muy variadas. La primera medida será el tratamiento con analgésicos, fisioterapia y en ocasiones los esteroides. Cuando la causa sea la sepsis el tratamiento antimicrobiano será el indicado y en algunos casos la exploración espinal con la evacuación de la colección.

También se puede realizar un bloqueo nervioso. Otras terapias posibles son la rizólisis y la epidurolysis. Si todo lo anterior no es suficiente, puede ser necesaria una intervención en la que se amplía el espacio para los nervios y se extirpa la cicatriz que atrapa los nervios. Si no hay respuesta a ninguno de estos tratamientos, se puede recurrir al implante de sistemas de estimulación medular. Consiste en colocar unos electrodos en el canal medular y mediante pequeños impulsos eléctricos inhiben la percepción del dolor. En caso de inestabilidad de la columna, será necesario realizar una fusión espinal también llamada artrodesis.⁽⁵⁾

Referencias bibliográficas

1. Martínez Suárez JE, Cambor L, Salva S, de Jongh WA. Termocoagulación facetaria lumbar. Experiencia en 252 pacientes. Rev Soc Esp Dolor. 2005[acceso:3/11/2020];12:425-8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000700005

2. Hernández Pérez PA. Síndrome de fracaso en la cirugía espinal lumbar. Rev Soc Esp Dolor. 2007[acceso:3/11/2020];14(6):437-46. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462007000600007
3. Scheer JK, Smith JS, Schwab F, Lafarge V, Shaffrey CI, Bess S, et al. Development of a preoperative predictive model for major complications following adult spinal deformity surgery. J Neurosurg Spine. 2017;6(26):736-43. DOI: <https://doi.org/10.3171/2016.10.SPINE.16197>
4. Gatzinsky K, Eldabe S, Deneuille JP, Duyvendak W, Naiditch N, Van BuytenJP, Rigoard P. Optimizing the Management and Outcomes of Failed Back Surgery Syndrome: A Proposal of a Standardized Multidisciplinary Team Care Pathway. Pain Res Manag. 2019;2019(8):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1155/2019/8184592>
5. Rigoard P, Gatzinsky K, Deneuille JP, Duyvendak W, Naiditch N, Van Buyten JP, et al. Optimizing the Management and Outcomes of Failed Back Surgery Syndrome: A Consensus Statement on Definition and Outlines for Patient Assessment. Pain Res Manag. 2019;2019(18):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1155/2019/3126464>