

En el informe de alta, que recibirá antes de marcharse, se describirá la intervención y se recomendará seguir reposo relativo, llevar collarín cervical y tomar analgésicos si apareciera dolor.

Posteriormente el paciente será revisado en Consultas de Neurocirugía por su neurocirujano.

Durante el ingreso, la **información médica** será aportada en primer lugar por el neurocirujano responsable de cada paciente y, de no ser posible, por otros miembros de la plantilla.

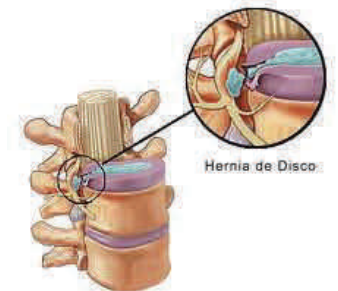
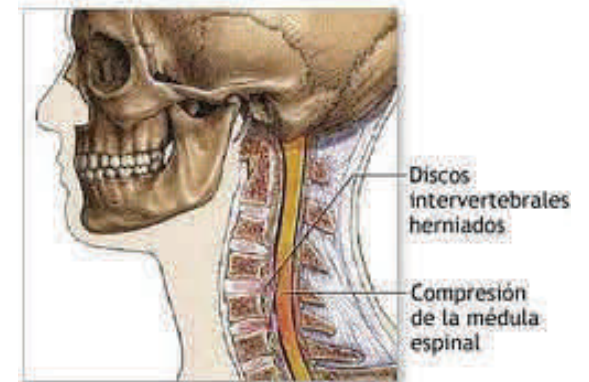
La secretaria del servicio redactará los justificantes de trabajo para el paciente o familiares, cuando se requiera. El médico de cabecera, con los informes del neurocirujano, tramitará la baja médica o la incapacidad laboral en los casos necesarios.



HERNIA DISCAL CERVICAL



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
NEUROCIROLOGÍA | **SENEC**



[http: www.senec.es/](http://www.senec.es/)
E-mail: secretaria@senec.es

¿Qué son las HERNIAS CERVICALES?

Los **discos** son estructuras que existen entre cada dos vértebras y que sirven para amortiguar las cargas que soporta la columna vertebral. Cuando los discos degeneran por la edad o por los esfuerzos repetidos, pueden llegar a salirse de su localización normal, lo que se conoce como **hernia de disco**. Al salirse pueden comprimir estructuras nerviosas. Aunque los discos están por toda la columna, las hernias de disco se localizan sobre todo en el cuello (cervicales) y región lumbar.

¿Qué es la ESPONDILOSIS CERVICAL?

Es una degeneración o artrosis de las articulaciones que hay entre las vértebras cervicales, incluido el disco, por pequeños traumatismos repetidos, enfermedades reumáticas o por la edad. Esta degeneración se manifiesta por rugosidades, picos u osteofitos, que se pueden comportar de la misma forma que la hernia discal.

Las **hernias discales** son más blandas y los osteofitos de la **espondilosis son más duros. Sin embargo muchas veces se asocian en el mismo enfermo.**

¿Qué síntomas pueden producir?

Varía mucho de unos pacientes a otros; desde molestias mínimas hasta parálisis para caminar.

Las hernias de disco cervicales típicamente producen dolor en el cuello, tortícolis, dolor y/o acorchamiento en brazos, manos y dedos y, mareos y, en ocasiones, pérdida de fuerza y sensibilidad en los brazos. Más raro es que compriman la médula y causen trastornos en miembros inferiores (que afectan a la marcha), y en los esfínteres (que pueden producir dificultades para orinar).

¿Cómo se diagnostica?

Sobre todo por los síntomas y la exploración. La espondilosis se diagnostica con las radiografías simples y La TAC.

En **Resonancia Magnética** se hace un diagnóstico más preciso, sobre todo de la hernia de disco y de las estructuras que puede afectar. A veces la **electromiografía** indica cuál es el nervio afectado. La interpretación de todas estas pruebas puede ser difícil, porque muchas personas sanas tienen alteraciones en sus radiografías e incluso en la Resonancia Cervical.

¿Cuándo hay que operar a estos enfermos?

El tratamiento con medicamentos y reposo es la solución en la mayor parte de los casos. Pasada la fase aguda está indicado el tratamiento Rehabilitador. Sin embargo, cuando la hernia de disco es muy grande, existe lesión de los nervios o no se mejora con el tratamiento médico, ni rehabilitador, **puede ser necesario el tratamiento quirúrgico.**

¿Qué operaciones pueden hacerse en hernias de disco, o espondilosis cervical o ambas enfermedades?

Depende de cada caso y a veces de la experiencia de cada cirujano elegir una técnica por vía posterior o por vía anterior.

La cirugía por vía anterior se hace mediante una operación a través de los pliegues de piel de la **mitad derecha y anterior del cuello**. Existen diferentes técnicas para realizarlo (Cloward-Otero, Smith-Robinson,...). El objetivo de la operación es **extraer el disco herniado** o los osteofitos. Frecuentemente después de quitar el disco, se coloca una pieza de hueso u otro material (artrodesis anterior) para evitar demasiada movilidad entre dos vértebras. Algunos cirujanos prefieren por esta vía quitar casi todo el cuerpo de las vértebras (corporectomía), fijar las vértebras con placas de titanio, etc.

La cirugía por vía posterior se hace a través de una incisión mayor en la línea media del cuello, se reseca la parte posterior de una o varias vértebras (laminectomía) y se quita la compresión a los nervios o a la médula.

¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes y las más graves?

Las más frecuentes son las **molestias en el cuello y dolor al tragar**. Estas molestias ceden a los pocos días y se controlan fácilmente con tratamiento.

Más raramente pueden producirse problemas con las piezas óseas que se colocan entre las vértebras, infecciones de la herida y las derivadas de cualquier anestesia general.

Las complicaciones más graves que se han descrito, aunque excepcionales, son las que se deben a lesión de las zonas cercanas a la columna cervical (médula espinal, esófago y tráquea), que pueden oscilar entre una mayor o menor lesión nerviosa hasta ser causa de muerte (excepcionalmente).

Hay un libro de la Sociedad Española de Neurocirugía con la mayoría de las complicaciones posibles, aunque no necesariamente probables

¿Qué es el Consentimiento Informado?

Antes de realizar cualquier intervención quirúrgica, y si la urgencia lo permite, le será requerido firmar un impreso de "Consentimiento Informado" donde autoriza al equipo de Neurocirugía a realizar la intervención especificada, y en el que asume las complicaciones que en él se detallan. Se trata de una medida de obligado cumplimiento desde el punto de vista legal, ante cualquier acto médico.

¿Cuál es el postoperatorio normal y el tratamiento después del alta?

En general, después de la operación, el paciente puede levantarse llevando un **collarín cervical**.

La herida se revisará con curas locales y la sutura se retirará a los 7 días.

Habitualmente se da el **alta a los 3 días**, pudiendo adelantarse o retrasarse según el estado de cada paciente.