

En general, al cabo de unas semanas de la intervención, los pacientes pueden volver a sus actividades normales, evitando esfuerzos físicos importantes, recomendándose una serie de medidas fisioterapéuticas o rehabilitadoras que su médico le detallará. En ocasiones deberá seguir con tratamiento médico.

Qué es la RAQUIESTENOSIS LUMBAR del receso lateral?

Todo lo dicho anteriormente se aplica también al paciente que vaya a ser intervenido de RAQUIESTENOSIS LUMBAR del receso lateral con endoscopia. Esta enfermedad es un **estrechamiento del canal raquídeo lumbar a nivel del orificio de salida de las raíces nerviosas** por diversas causas (congénito, artrosis de la columna) que provocan síntomas como dolor lumbar, dificultad para caminar, etc. La intervención consiste en **liberar la raíz nerviosa, extirpando la parte más posterior de las vértebras y articulación afectadas: foraminotomía y hemifacectomía.**

El postoperatorio suele ser similar al de la hernia discal. Las mismas complicaciones, secuelas y recomendaciones se aplican en estos casos.

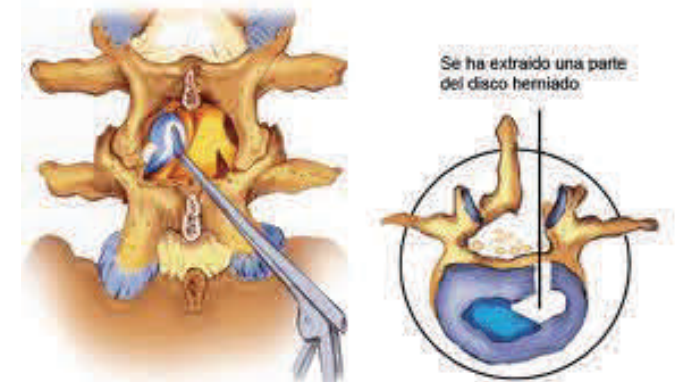
Para cualquier información adicional no dude en preguntar a su médico responsable o a cualquier integrante del servicio que, gustosamente intentará solucionar sus dudas. La secretaria del servicio redactará los justificantes de trabajo para el paciente o familiares, cuando se requiera.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
NEUROCIURUGÍA | SENEC



HERNIA DISCAL MICRODISCECTOMÍA ENDOSCÓPICA



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

¿Qué es una HERNIA DISCAL LUMBAR?

La hernia discal lumbar es resultado de la degeneración y **pérdida de las propiedades elásticas del disco** intervertebral.

Los discos son estructuras fibrosas a modo de cojines que existen entre cada dos vértebras y amortiguan los movimientos de la columna vertebral. Diversas enfermedades o traumatismos, o simplemente la edad provocan que dichos discos pierdan su elasticidad y puedan fragmentarse.

Cuando todo o parte de este disco afectado **se desplaza fuera de su lugar normal**, puede comprimir estructuras nerviosas (raíces nerviosas, médula espinal) y provocar síntomas como dolor lumbar irradiado a miembros inferiores (ciática), sensación de acorchamiento, debilidad en las piernas o muy raras veces alteración en el control de la orina o las heces.

La **artrosis** de las articulaciones entre las vértebras produce a veces los mismos o parecidos síntomas. En ocasiones un paciente tiene hernia de disco y artrosis

¿Cómo se detecta la hernia discal?

El diagnóstico se realiza mediante la exploración clínica neurológica y se confirma con pruebas de imagen (**TAC, Resonancia Magnética**) y/o neurofisiológicas. El resultado de estas pruebas no siempre es seguro, pudiendo haber diferentes criterios en su interpretación.

¿Cuándo está indicada la intervención?

Se indica la opción quirúrgica como medida terapéutica en función de las características personales del paciente, su evolución clínica y el resultado de las pruebas diagnósticas realizadas, sólo cuando han fracasado los tratamientos conservadores (reposo, medicinas, rehabilitación, cambio de actividad si es posible, etc.).

Dos de cada tres enfermos de hernia discal no precisan intervención. En la mayor parte de los casos la intención de la cirugía es curativa. No obstante, en ocasiones sólo se pretende estabilizar los síntomas y paliar en lo posible el dolor.

Pacientes intervenidos una vez, puedan requerir en el futuro nuevas intervenciones dirigidas al mismo o a otros niveles de la columna vertebral.

Previa a la intervención le será requerido firmar (al paciente o en su defecto a algún familiar) el formulario de "**CONSENTIMIENTO INFORMADO**", donde autoriza al servicio de Neurocirugía a realizar la intervención especificada, asumiendo la posibilidad de aparición de las complicaciones que se detallan en el impreso. Esta es una medida de cumplimiento legal obligatorio ante cualquier acto médico.

¿En qué consiste la operación?

La intervención quirúrgica de la hernia discal lumbar que le vamos a practicar se conoce genéricamente como "**microdiscectomía endoscópica**" y requiere una serie de estudios preoperatorios (Rx de tórax, ECG, estudios analíticos sanguíneos).

Se realiza bajo anestesia general o epidural. Consiste en la **extracción del disco degenerado** (o sus fragmentos) y liberación de las estructuras nerviosas comprimidas. Se aborda por vía posterior mediante una incisión cutánea de centímetro y medio en la zona lumbar. Mediante la ayuda de una microcamara y con el instrumental adecuado se practica la resección de un ligamento (**flavectomía**) y una mínima porción del hueso (**laminectomía**) para poder extraer el disco herniado

¿Cómo es el postoperatorio habitual?

Tras la intervención, el paciente suele permanecer unas horas en el área de recuperación postanestésica (Despertar) y posteriormente vuelve a su cama o al hospital de día.

Suele permanecer menos de **24 horas hospitalizado** y recibe cuidados en lo referente a la herida quirúrgica, medicación, cambios posturales, control de constantes e inicio de Hay un libro de la Sociedad Española de Neurocirugía con la mayoría de las complicaciones posibles, aunque no necesariamente probables rehabilitación en los casos pertinentes. Habitualmente, el dolor disminuye o desaparece tras la intervención.

En ocasiones, esto no es así, y **puede persistir**, incluso empeorar, dicho síntoma. Esta situación suele ser transitoria y cede con el reposo en cama y la medicación adecuada.

Hacia las cuatro horas el paciente puede levantarse y empezar a caminar.

¿Cuáles son los riesgos, complicaciones y secuelas posibles?

Los riesgos de la intervención son los propios de cualquier intervención quirúrgica (reacción a los fármacos anestésicos, infección, hemorragia). Las enfermedades previas del paciente condicionan el postoperatorio y la evolución subsiguiente.

Pueden aparecer complicaciones intra o postoperatorias que, aunque muy infrecuentes, pueden ser importantes: afectación de las raíces nerviosas, inflamación del disco (discitis), hematoma profundo de la herida, fuga de líquido cefalorraquídeo (fístula LCR) y, excepcionalmente, lesión medular.

La aparición de secuelas depende, principalmente, del estado previo a la intervención. Las pérdidas de fuerza o las afectaciones en el control de esfínteres de larga evolución no suelen recuperarse, tendiendo a la resolución o a la mejoría en el resto de los casos.

Existe un libro que contiene la mayor parte de las complicaciones en Neurocirugía, editado por la Sociedad Española de Neurocirugía.

¿Qué ocurre al alta hospitalaria?

Cuando el médico responsable que lleva su caso decide el alta, usted recibirá un **informe clínico** detallando las características de su enfermedad, el tipo de intervención practicada y el tratamiento a seguir en casa.

Así mismo será remitido a la **Consulta Externa de Neurocirugía** en un plazo concreto, con el fin de realizar un seguimiento evolutivo de su caso.