

La artrodesis de instrumentada de columna agrupa a una serie de diversas técnicas que tienen como objetivo la fusión ósea entre dos o más vértebras. Son más frecuentes en la columna lumbosacra, pero en regla se practican desde la unión craneocervical hasta el sacro o incluso íleon (hueso de la pelvis). En la columna lumbar, se denominan usando siglas para indicar la vía de acceso, como TLIF (Transforaminal Lumbar Interbody Fusion), L-TLIF (Lateral-Transforaminal Interbody Fusion), PLIF (Posterior Lumbar Interbody Fusion), ALIF (Anterior Lumbar Interbody Fusion), X-LIF, DLIF y OLIF.

El común denominador de las artrodesis instrumentadas consiste en el autotransplante de células óseas para formar un puente óseo que haga las veces de "soldadura biológica" entre las vértebras a fusionar, lo que usualmente se acompaña de la instalación de implantes para otorgar las condiciones adecuadas para que el injerto óseo consolide. Existe en la actualidad una gran variedad de implantes y técnicas para realizar una artrodesis. Además, en la constante búsqueda de un sustituto para el autotransplante, se han desarrollado una gran variedad de productos sintéticos y biológicos, como por ejemplo compuestos de hidroxapatita con o sin trifosfato cálcico, hueso humano o animal liofilizado, matriz ósea desmineralizada, e inductores de crecimiento óseo. No obstante, el autoinjerto óseo sigue siendo considerado por la mayoría de los cirujanos como el estándar con el que se logran las mejores tasas de fusión, por lo que los sustitutos se suelen usar a modo de complemento, o en condiciones en las cuales no sea posible obtener células óseas del propio paciente. Hable con su cirujano acerca de su caso en particular.

El uso de los implantes tiene como objetivo estabilizar los segmentos que se requiera fusionar, a la vez que permitir la corrección de vicios posturales (ejemplo: escoliosis, espondilolistesis, entre otros) e incluso modificar en forma favorable las condiciones biomecánicas a fin de permitir la fusión ósea. Dicho de otra manera, un correcto uso de implantes permite dejar la columna en una posición adecuada y fijar los segmentos a fusionar, mientras el hueso forma un puente que permite que el segmento no se mueva nunca más, para así evitar el dolor que se originaba en esa zona. Las artrodesis instrumentadas pueden ir acompañadas a menudo de otros procedimientos, tales que la descompresión posterior (laminectomía) o la resección del disco intervertebral (discectomía), por citar algunos.

A. CIRUGIA

La intervención consiste en colocar implantes (habitualmente tornillos, aunque también se pueden usar otros como ganchos, alambres y cables, entre otros) desde la parte posterior de las vértebras. Luego se colocan barras que unen los tornillos y fijan la columna en cierta posición. Se retira la cubierta del hueso alrededor, proceso llamado decorticación y luego se coloca injerto óseo para lograr formar un puente óseo.

El grado de corrección de una determinada deformidad lo determinará el equipo quirúrgico a su cargo, de acuerdo a las características individuales de cada paciente, y a los criterios terapéuticos del equipo. Recuerde que en ocasiones puede no ser prudente corregir una deformidad de manera completa, y a menudo basta con una corrección parcial para lograr un buen resultado clínico.

B. CONSECUENCIAS SEGURAS

Durante la operación existe una pérdida de sangre que es variable y que puede requerir transfusión, el uso de una máquina que se llama cell-saver, la cual se usa para recuperar parte de la sangre perdida durante la cirugía; o la combinación de distintas técnicas que permitan ahorrar la pérdida de sangre.

La intervención requiere la separación de músculos, el retiro de diferentes estructuras ligamentosas o discales y de superficies o elementos óseos, esto produce dolor variable en la zona operada que mejora con el tiempo.

Por definición, una artrodesis implica la pérdida definitiva de la movilidad del o los segmentos incluidos en la misma.

Tras la cirugía es necesario reposar por algunos días, aunque se recomienda levantarse precozmente.

En algunos casos es necesario utilizar órtesis para proteger la instrumentación y lograr fusión.

Está absolutamente prohibido fumar desde al menos 3 semanas antes de la cirugía y posterior a ella por una año porque existen componentes en el tabaco que impiden la consolidación ósea.

La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio de Anestesia y Reanimación.

En algunos casos se utiliza neuromonitorización, lo que será descrito en el anexo correspondiente.