

## A PROPOSITO DE LA LAMINECTOMIA

*Dr. Oscar Guglielmo.*

Sobre un total de 764 traumatismos de columna 96 o sea el 12 ½ % presentaron síndrome neurológico.

De estos 96 casos se operaron 17.

1 — EDAD:	16 - 60 Años.
2 — INDICACION:	Paraplejía - Síndr. de compresión.
3 — OPORT. OPERATORIA:	13 Pr. mes. 4 2º a 5º mes.
4 — OPERACION:	Laminectomía - exploración.
5 — 13 Casos —	Local novocaína. Adrenalina.
2 " "	Raquidea.
1 " "	General.
1 " "	Sin anestesia.

Foto N° 1

La edad de los pacientes osciló entre 16 y 60 años.

La razón fundamental de la intervención es la paraplejía más un síndrome de compresión con sus componentes clínicos, manométricos biológico y radiológico.

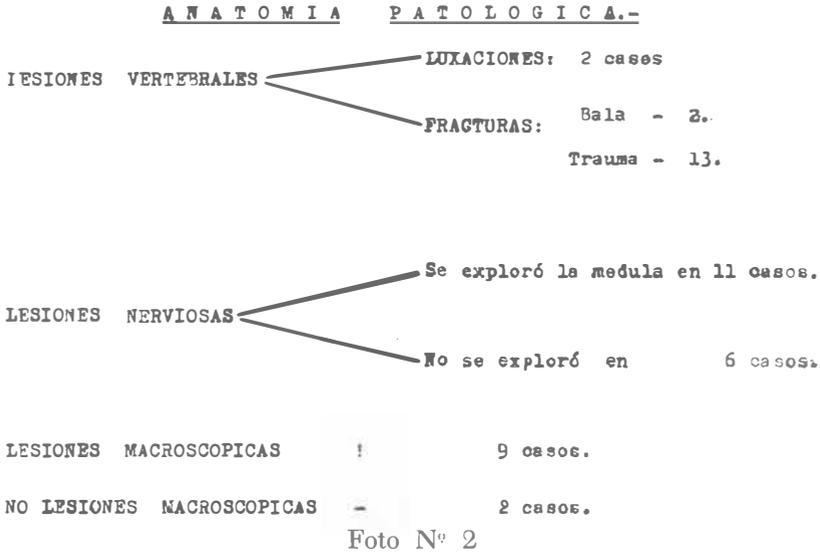
No se tuvieron en cuenta aquellos casos en los que la magnitud de las lesiones clínico - radiológicas hicieron suponer categóricamente lesiones medulares irreparables.

El móvil que nos lleva a operar estos casos con síndrome compresión es la esperanza de brindarle algún beneficio al enfermo al quitarle el elemento compresivo.

El 76-% de los casos se operaron en el curso del primer mes. Nunca antes de la primer semana, por las siguientes razones:

- 1º El enfermo está más estabilizado biológicamente por tanto menor riesgo operatorio.
- 2º Se pueden seleccionar los casos cuya evolución espontánea es siempre favorable; conmoción medular, contusión mínima, compresión por edema, hemorragia, etc. y aquellos otros que por la magnitud de las lesiones nada se puede esperar de la intervención.

La operación se realizó con anestesia local en la gran mayoría de los casos y se hizo laminectomía-exploración, extirpación de fragmentos óseos que pudieran comprometer la médula o raíces, extracción de coágulos, etc., tratando que se restablezca la circulación del L. C. R. En los casos de luxación sólo se hizo laminectomía y se intentó reducir la luxación.



## ANATOMIA PATOLOGICA

### *Lesiones vertebrales:*

2 casos de luxación,  
15 casos de fractura de los cuales 2 por heridas de bala y  
13 por trauma (4 casos de fractura de D XII y (4 de L I).

Los demás de LII - DIX - DVIII, etc.

### *Lesiones nerviosas:*

La médula se exploró en 11 casos, encontrándose lesiones macroscópicas en 9 casos. En 2 casos no se encontraron lesiones medulares aparentes. Uno de estos casos evolucionó favorablemente no así el otro, quedando con una paraplejia definitiva.

## RESULTADOS:

MEJORARON

2

12%

1) Fract. D XII	PARAPLEJIA SINDROME DE COMPRESION RADIOLOGICA EVOLUCION PREOPERATORIA: MEJORA PROGRESIVA OPERACION: 3 MESES INDICACION: ESTABILIZACION DEL S. NEUROLOGICO HALLAZGOS OPERATORIOS: CANAL LIBRE. NO SE EXPLORO LA MEDULA CONTINUO MEJORANDO SECUELAS: PARALISIS DEL C. P. E. BILATERAL.
11) Fract. L II	PARAPLEJIA - SINDROME DE COLA DE CABALLO SINDROME DE COMPRESION COMPLETA OPERACION 17 DIAS NO SE OBSERVARON LESIONES MACROSCOPICAS EVOLUCION FAVORABLE SIN SECUELAS

### Foto N° 3

NO MEJORARON:	15	88%.	
FALLECIDOS:	6	1 En el acto operatorio.	
	35%	4 Entre 3 y 6 meses.	
		1 4½ años.	
SOBREVIVEN:	9	Controlados entre	4 meses
	53%	y	4 años.

### Foto N° 4

2 casos mejoraron

15 o sea 88 % no mejoraron.

De éstos: 6 fallecieron, uno en el acto operatorio: embolia o síncope. 4, entre 3 y 6 meses por caquexia, escaras. infección urinaria, otro a los 4 ½ años por un problema urinario.

9 sobrevivieron y fueron controlados entre 4 meses y 4 años habiéndose observado en algunos muy discreta mejoría, pero en general quedaron para paraplejia grave definitiva.

Esto es lo que podemos ofrecer de nuestra experiencia.

De 17 operados sólo 2 casos hemos visto mejorar, pero aún aquí, de acuerdo a lo que hemos dicho, creemos firmemente que sin la intervención se hubiera llegado a lo mismo.

De modo que en nada se han beneficiado nuestros enfermos con la operación hecha *de acuerdo a nuestra indicación y con nuestro criterio de la oportunidad operatoria*.

*La indicación operatoria:* Operar cuando existe un síndrome de compresión es lógica, convincente y de apariencia promisor.

Si el traumatismo provocó lesiones medulares y quedó presente el agente agresor determinando un síndrome de compresión agregado, su extirpación, la liberación de la médula hace nacer en el espíritu la idea de una mejoría, de una recuperación aunque sea parcial.

Sin embargo, los hechos no nos hablan así; la presencia o no del agente agresor en contacto de la médula interesa poco.

Las observaciones nos dicen que si la lesión *medular primaria* era "grave", las secuelas serán graves, si la lesión era mínima, la secuela será mínima, y si sólo hubo una conmoción u otro compromiso fugaz regresará totalmente, haya o no síndrome de compresión, sean operados o no sean operados.

Sin embargo, hay quien afirma, basado en hechos experimentales, que las lesiones medulares son capaces de curar.

La experimentación muestra que lesiones medulares (sección completa), hechas en determinadas condiciones, provocan una paraplejía capaz de regresar totalmente.

Transportado esto al hombre, el problema radicaría en poner a la médula del traumatizado en las condiciones del animal de experimentación. El problema es entonces: 1º) De oportunidad operatoria; 2º) De intervención quirúrgica; táctica y técnica.

La intervención tendría que ser en tal caso, ultraprecoz, es decir, antes de 20 minutos y el objetivo es liberar a la médula de todo lo que sobre ella pueda actuar esquiras, coágulos, etc., etc.

No tenemos experiencia, respetamos la idea, pero surgen en nosotros muchos interrogantes.

SEPTIMO  
CONGRESO URUGUAY  
DE CIRUGIA

1956

17 DE DICIEMBRE

TOMO II

SEDE:  
FACULTAD DE MEDICINA  
AVDA. DON FLORES, 925