

Corporectomía cervical

La cirugía es por vía anterior.

Dependiendo de cada caso, se extrae el disco, parte del cuerpo y se libera la zona compresiva sobre la médula.

Después se coloca una pieza de hueso u otro material (cajas), para evitar demasiada movilidad entre dos vértebras, y fijar las vértebras con placas de titanio. Se podrá sacar un injerto de la cresta iliaca.

Resultados

Existen pocos datos sobre resultados a largo plazo.

En una revisión de 130 pacientes se apreció un aumento estadísticamente significativo de la angulación cifótica postoperatoria y el dolor crónico.

A pesar de un aumento de la cifosis focal con el tiempo, la alineación lordótica sagital regional cervical se había incrementado con el seguimiento con el uso de jaulas cilíndricas de malla de titanio (Andaluz y col., 2011).

Riesgos

Las más frecuentes son las molestias en el cuello y dolor al tragar si se utiliza la vía anterior.

- Déficit radiculo-medular transitorio (dolor, hormigueos,...) en el 1-10%, o persistente en el 0,4-3%.
- Lesión del nervio recurrente que conlleva alteraciones en el habla (0,2-4%).
- Persistencia de la sintomatología debido a lesión medular (0,5-3%) o empeoramiento (0,2-4%).
- Infección: de la herida (1-7%), del disco y, excepcionalmente, meningitis y abscesos.
- Dolor en la zona de extracción del injerto (cresta iliaca) a veces meralgias parestésicas.
- Rotura, infección, salida o reabsorción del injerto óseo.
- Dolor, infección o hematoma en la zona de donde se sacó el injerto.
- Lesiones en vasos del cuello: arteria carótida y vertebral, venas (excepcional).
- Subluxación (desplazamiento de las vértebras) de la columna cervical.
- Edema de la laringe, que conlleva alteraciones de la respiración.
- Disfagia (dificultad al tragar), por esófago (edema, hematoma, laceración, lesión).
- Mortalidad (<0,2%). Poco frecuente siempre que no haya lesiones adyacentes como perforación a mediastino, etc.

En el 2008 se publicó un análisis de morbilidad y mortalidad hasta entonces la serie más grande en la que se demostró el impacto de la edad, la clase ASA, y el número de niveles operados como predisponentes importantes destacando la diabetes tipo 1 como un factor de riesgo de mortalidad a

30 días tras la corporectomía cervical (Boakye y col., 2008).

Bibliografía

Andaluz, N., Zuccarello, M. & Kuntz, C., 2011. Long-term follow-up of cervical radiographic sagittal spinal alignment after 1- and 2-level cervical corpectomy for the treatment of spondylosis of the subaxial cervical spine causing radiculomyelopathy or myelopathy: a retrospective study. *Journal of Neurosurgery. Spine*. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22035103> [Accedido Noviembre 2, 2011].

Boakye, M. et al., 2008. Cervical spondylotic myelopathy: complications and outcomes after spinal fusion. *Neurosurgery*, 62(2), págs.455-461; discussion 461-462.

Boakye, M. et al., 2008. Cervical corpectomy: complications and outcomes. *Neurosurgery*, 63(4 Suppl 2), págs.295-301; discussion 301-302.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=corporectomia_cervical

Last update: **2025/05/04 00:00**

