

Vertebrectomía

A Bailey y Badgley se les atribuye la primera publicación de una vertebrectomía cervical en 1960 para el tratamiento de un tumor cervical. Tras la resección se estabilizó con un injerto óseo (Bailey y Badgley 1960).

Aunque este tipo de injertos óseo es útil en pacientes seleccionados, la estabilidad inmediata se consigue más fácilmente con el uso de un acrílico de fraguado rápido como el polimetil metacrilato.

La ventaja es que los pacientes pueden ser movilizados de forma temprana y no requieren el uso prolongado de ortesis externas rígidas.

En 1967, Scoville, lo utiliza para la sustitución del cuerpo vertebral en un paciente con linfoma (Scoville y col., 1967).

Desde ese momento, numerosas publicaciones describen el uso del metacrilato en pacientes con vertebrectomías.

La durabilidad de la reconstrucción puede ser un reto en pacientes con cáncer, ya que el tratamiento con quimioterapia y / o radiación, junto con un estado nutricional deficiente puede comprometer la calidad del hueso.

Objetivos

Los objetivos del tratamiento quirúrgico de los tumores de la columna vertebral incluyen la disminución del dolor, la descompresión de los elementos neurales, la estabilización mecánica de la columna vertebral y la resección amplia para obtener el control local de algunos tumores primarios.

La mayoría de las lesiones ocurren en la columna anterior o el cuerpo vertebral, esto requiere la restauración quirúrgica del soporte de la columna anterior, para lo cual se han desarrollado cajas expandibles, ya que permite un ajuste óptimo y la corrección de la deformidad (Thongtrangan y col., 2003; Viswanathan y col., 2011).

La resección del cuerpo vertebral para el cáncer de pulmón localmente avanzado se puede realizar con tasas de mortalidad y morbilidad aceptables, y con una mejor supervivencia a largo plazo, cuando se combina con quimioterapia y radiación.

No se ha alcanzado consenso en cuanto al nivel óptimo de resección vertebral o el régimen de tratamiento óptimo.

¿Debe ser la vertebrectomía total el estándar, incluso en aquellos con invasión mínima?

¿Se justifican los largos tiempos quirúrgicos, múltiples vías de abordaje y las limitaciones anatómicas que ponen en ciertos órganos ?

¿ Mejora el control local y supervivencia cuando la quimioterapia y radioterapia adicionales se da desde el principio, o es interrumpido para la cirugía ? preferida?

Estas preguntas serán contestadas por medio de ensayos prospectivos aleatorizados (Martin y col., 2004).

Vías

Anterior

Sobre todo a nivel torácico es mal tolerado en algunos pacientes con problemas cardiopulmonales preexistentes

Transpedicular posterior

Existen diversas modificaciones desde la simple descompresión transpedicular hasta procedimientos más complejos tales como la vertebrectomía transpedicular o osteotomía de sustracción pedicular.

Desventajas:

Exposición anterior limitada, lesión de la raíz nerviosa y en ocasiones la reconstrucción imperfecta de la columna anterior son algunas de las desventajas de esta vía (Cahill y Kumar, 1999).

La reconstrucción de la columna anterior y media es esencial para restaurar la estabilidad después de la vertebrectomía.

Las cajas intersomáticas expandibles tienen algunas ventajas sobre los implantes de malla tradicional, aloinjerto estructurales, o poliéter y las cajas de fibra de carbono (Keshavarzi y col., 2011).

Bibliografía

Bailey RW, Badgley CE: Stabilization of the cervical spine by anterior fusion. J Bone Joint Surg (Am) 42:565-594, 1960

Cahill DW, Kumar R: Palliative subtotal vertebrectomy with anterior and posterior reconstruction via a single posterior approach. J Neurosurg 90 (1 Suppl):42-47, 1999

Keshavarzi, Sassan, C Benjamin Newman, Joseph D Ciacchi, y Henry E Aryan. 2011. «Expandable titanium cages for thoracolumbar vertebral body replacement: initial clinical experience and review of the literature». American Journal of Orthopedics (Belle Mead, N.J.) 40 (3) (Marzo): E35-39.

Martin, Linda W, y Garrett L Walsh. 2004. «Vertebral body resection». Thoracic Surgery Clinics 14 (2) (Mayo): 241-254. doi:10.1016/S1547-4127(04)00009-X.

Scoville WB, Palmer AH, Samra K, et al: The use of acrylic plastic for vertebral replacement or fixation in metastatic disease of the spine. Technical note. J Neurosurg 27:274-279, 1967

Thongtrangan, Issada, Raju S V Balabhadra, Hoang Le, Jon Park, y Daniel H Kim. 2003. «Vertebral body replacement with an expandable cage for reconstruction after spinal tumor resection». Neurosurgical Focus 15 (5) (Noviembre 15): E8.

Viswanathan, Ashwin, Muhammad M Abd-El-Barr, Egon Dopperberg, Dima Suki, Ziya Gokaslan, Ehud Mendel, Ganesh Rao, y Laurence D Rhines. 2011. «Initial experience with the use of an expandable titanium cage as a vertebral body replacement in patients with tumors of the spinal column: a report of 95 patients». European Spine Journal: Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society (Junio 18). doi:10.1007/s00586-011-1882-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21681631>.

From:

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

Permanent link:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=vertebrectomia>

Last update: **2025/05/04 00:02**

