



En 10 preguntas

Dr. José Luis Barbeito Especialista en Neurocirugía del Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón y el Hospital Quirónsalud Córdoba

«Ante dolor de espalda y hormigueo que va y viene, consulte al médico»

Belén Tobalina. MADRID

1. ¿Cómo de frecuentes son los tumores medulares?

Son poco frecuentes. Suponen una parte pequeña de los tumores del sistema nervioso, pero tienen mucha importancia porque afectan a una zona muy delicada: la médula espinal. Aunque no son habituales, cuando aparecen pueden producir síntomas importantes.

2. Hay intramedulares y extramedulares, ¿no?

Sí. Pueden ser intramedulares, cuando crecen dentro de la médula, o extramedulares; en conjunto ambos los llamamos tumores espinales cuando están dentro del canal vertebral. Los extramedulares son más frecuentes y suelen ser más fáciles de separar de las estructuras nerviosas. Los intramedulares son menos frecuentes, pero suelen ser más delicados, dado que, al desarrollarse dentro de la propia médula, el propio acceso para llegar al tumor, tenemos que

abrir la médula longitudinalmente y pueden afectar a funciones como la movilidad, la sensibilidad o el control de esfínteres que pueden estar ya alteradas por la lesión.

3. ¿Qué síntomas dan?

Depende de la localización y del tamaño del tumor. Lo más habitual es que produzcan dolor de espalda o dolor irradiado. Pero no es un dolor que sintamos de forma habitual, y se puede acompañar de calambres o sensación de que nos recorre una corriente fría por la espalda y por las extremidades cuando son cervicales. Además, los síntomas clásicos son pérdida de fuerza, alteraciones de la sensibilidad, hormigueos, dificultad para caminar o sensación de torpeza en las piernas. Algo típico es el dolor nocturno que despierta al paciente estando dormido. Estos síntomas se pueden producir en otro tipo de enfermedades, pero cuando aparecen es necesario realizar un examen exhaustivo. En la mayoría de los casos, los síntomas suelen progresar lentamente durante meses

y años, lo que lleva a que el paciente normalice la situación y le reste importancia, hasta que la alteración se hace patente. Por eso es esencial consultar cuanto antes.

4. ¿A qué edad suelen darse?

A cualquier edad, aunque son más frecuentes en adultos.

5. ¿Cuál es el tratamiento?

Depende del tipo de tumor, de su localización y de los síntomas que produzca. En muchos casos, cuando el tumor causa compresión o síntomas neurológicos, el tratamiento es la cirugía. Solo en casos

muy seleccionados se puede realizar radiocirugía si no hay otra opción, pero el riesgo de generar una lesión a largo plazo en la propia médula no es menor. El tratamiento quirúrgico convencional que se hace en toda España es el abordaje abierto, con una gran incisión despegando toda la musculatura paravertebral de la zona, para exponer de forma completa la lesión y luego proceder a la extracción de esa lesión para preservar al máximo la función neurológica.

6. ¿Qué riesgo de recidiva tienen estos pacientes?

Depende mucho del tipo de tumor y de si se logra una extirpación completa. En tumores benignos, cuando se pueden retirar por completo, el riesgo de que vuelvan a aparecer suele ser muy bajo. En cambio, si el tumor es más agresivo o no se puede extirpar del todo el riesgo puede ser mayor y el paciente necesita controles periódicos. Y en raras ocasiones nos encontramos con tumores imposibles de resear al 100%, como suelen ser



En la mayoría de los casos, los síntomas de los tumores medulares progresan durante meses y años»

las metástasis de otros tumores externos al sistema nervioso.

7. Han realizado con éxito una intervención para tratar un tumor intramedular con una técnica tubular mínimamente invasiva. ¿En qué consiste?

Consiste en acceder a la zona del tumor a través de una incisión muy pequeña, de unos 2 centímetros, utilizando un separador tubular que permite llegar hasta la columna y la médula separando la musculatura en lugar de abrir ampliamente los tejidos para poder extraerlo. La ventaja es que podemos desplazar el separador hacia arriba y hacia abajo, ampliando el campo a tratar a través de una sola herida pequeña. A través de ese pequeño corredor quirúrgico se trabaja con microscopio. Utilizamos la más alta tecnología con aspiradores ultrasónicos que fragmentan el tumor a la vez que lo absorben. Mientras, el neurofisiólogo controla en todo momento la función de la médula. La finalidad es extirpar el tumor con la máxima precisión y con la menor agresión posible para el paciente y que tenga una rápida recuperación.

8. ¿Cuánto tiempo dura?

La duración depende del tipo de tumor, de su localización y de la complejidad de cada caso. La técnica mínimamente invasiva no busca necesariamente operar más rápido, sino operar con menor agresión sobre los tejidos. En la mayoría de los casos, el tiempo quirúrgico puede ser similar o menor al de una cirugía convencional. La diferencia fundamental es la recuperación postoperatoria más rápida y favorable.

9. ¿Qué otras ventajas ofrece?

Esta técnica nos permite tratar lesiones complejas con menor daño sobre la musculatura y las estructuras óseas. Esto suele traducirse en menos dolor postoperatorio y, por lo tanto, menos medicación, menor sangrado, menor riesgo de complicaciones de la herida... a fin de cuentas, una recuperación más rápida, lo que supone poder comenzar, en el caso de que lo necesite, fisioterapia antes que con la técnica convencional.

10. ¿Cuándo vuelve el paciente a hacer vida normal?

Depende de cada caso y de la situación neurológica previa del paciente. En general, con técnicas mínimamente invasivas el paciente se va del hospital entre las 24 y 72 horas. A las dos semanas puede estar dando paseos y volver a su vida habitual en torno al mes. Pero cada paciente lleva su propio ritmo.



KIKO HURTADO