

# COMPARACIÓN VÍA FAST-TRACK vs VÍA CLÁSICA POSTERIOR EN CIRUGÍA DE COLUMNA LUMBAR INSTRUMENTADA NO TRAUMÁTICA. ESTUDIO PROSPECTIVO A 30 DÍAS

García Morillas, Verónica<sup>1</sup>; Jover Mendiola, A. Damián<sup>2</sup>; Vargas San Gil, Maritere<sup>1</sup>; Devís García, Álvaro J.<sup>1</sup>; Navarro Ortiz, Ramón<sup>2</sup>; Martínez Vásquez, Alfredo<sup>3</sup>.

1 Médico Interno Residente C.O.T. Hospital U. de Torrevieja (Alicante), 2 Médico Adjunto C.O.T. Hospital U. de Torrevieja (Alicante), 3 Jefe de Servicio C.O.T. Hospital U. de Torrevieja (Alicante)

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Se sabe que los programas quirúrgicos de recuperación rápida o fast-track reducen el estrés, las complicaciones y la estancia hospitalaria tras la cirugía, proporcionando una recuperación postoperatoria temprana sin aumento en las tasas de readmisión, reintervención ni mortalidad.

Su aplicación en Cirugía Ortopédica se centra fundamentalmente en artroplastia de cadera y rodilla. En la Cirugía Espinal no hay difusión, con escasa o nula aportación en la literatura y actualmente sin estudios comparativos con otras técnicas convencionales.

Presentamos un análisis prospectivo comparativo entre dos programas de cirugía lumbar no traumática instrumentada en nuestro Centro: la vía clásica con abordaje posterior y la vía rápida fast-track con abordaje mínimamente invasivo, y seguimiento a 30 días.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Incluimos 42 casos de cirugía primaria del segmento espinal lumbar instrumentada realizada en nuestro Centro desde 2017 hasta 2018:

- 21 casos con cirugía posterior y vía clínica clásica (grupo A).
- 21 casos con cirugía mínimamente invasiva y vía clínica fast-track (grupo B).

Comparamos valores perioperatorios, duración quirúrgica, estancia hospitalaria, control del dolor, complicaciones inmediatas, y tasas de readmisión, reintervención y mortalidad a 30 días de seguimiento.

Criterios de exclusión: antecedente de cirugía lumbar previa, cirugía no instrumentada, localización cervical, etiología traumática aguda, seguimiento menor de 30 días.

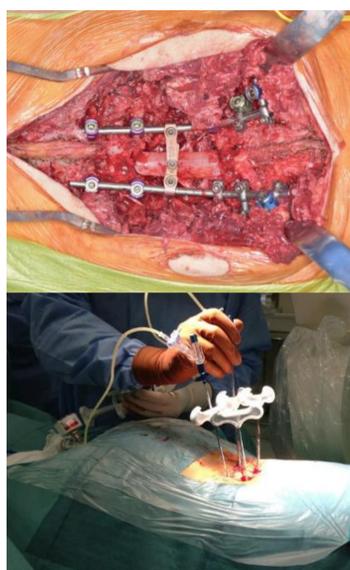


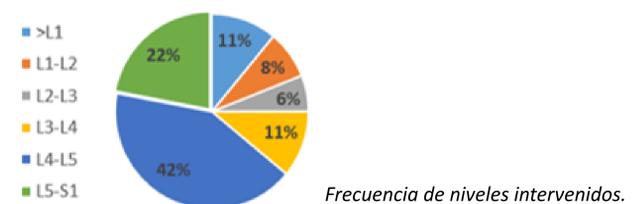
Imagen izquierda. Superior: Abordaje clásico posterior de columna lumbar. Inferior: Abordaje MIS. Imagen derecha. Pacientes incluidos en el Grupo B. Resultados quirúrgicos.

Surgical Results				Surgical	
case (n)	level (n)	decompression	cage (n)	time (min)	
1	3	yes	0	300	
2	2	yes	0	125	
3	5	no	0	200	
4	1	yes	1	211	
5	2	yes	2	206	
6	3	no	0	65	
7	1	yes	1	85	
8	1	yes	1	134	
9	2	yes	2	185	
10	1	yes	1	126	
11	1	yes	1	170	
12	3	no	0	243	
13	1	no	0	65	
14	4	yes	0	205	
15	1	yes	1	120	
16	1	yes	1	105	
17	1	yes	1	120	
18	2	yes	1	130	
19	2	yes	2	180	
20	2	yes	2	125	
21	1	yes	1	70	

## RESULTADOS

Grupo A: 9 varones con edad media de 55 años y 12 mujeres con edad media de 64 años. ASA I 23%, II 52%, III 25%. Grupo B: 7 varones con media de edad de 56.5 años y 14 mujeres con edad media de 59 años. ASA I 28%, II 48%, III 24%. Se utiliza ácido tranexámico preoperatorio en ambos grupos, salvo contraindicación cardíaca.

La localización de la cirugía fue más frecuente en la región lumbar, seguido de la región lumbosacra sin diferencias entre grupos. En la mayoría de los casos se asocia descompresión y dispositivo intersomático.



El tiempo quirúrgico resultó significativamente mayor en el grupo A con un promedio de +60 minutos con respecto al grupo B. El sangrado intraoperatorio fue mayor en el grupo A con un promedio de +425mL con respecto al grupo B. El descenso del perfil hemático fue mayor en el grupo A con perfil de anemia leve (Hb >11g/dL, Hto >33%) con respecto al grupo B, en rango normal.

2 casos precisaron transfusión previo al alta en el grupo A; ningún caso en el grupo B. Todos los casos del grupo A con drenaje; ningún caso en el grupo B. Todos los casos con sonda vesical 48 horas en el grupo A; retirada antes de las 24 horas en el grupo B.

Reducción al 50% del consumo de analgesia intravenosa en el grupo A (24horas) frente al grupo B (48 horas) con reducción al 70% del VAS a las 24horas (4-5 en el grupo A frente a 1-2 en el B).

La estancia media hospitalaria se redujo más del 50%, 5-6 días en el grupo A frente a 2-3 días en el grupo B, con movilización en la mitad de tiempo comparativamente, y un índice medio de Barthel ligeramente superior en el grupo B.

Tras el alta, no hubo diferencias en readmisión, reintervención ni mortalidad entre los dos grupos a los 30 días de seguimiento.

## CONCLUSIONES

Los protocolos de vía rápida logran una reducción importante de la estancia hospitalaria y un aumento de la satisfacción del paciente comparativamente con la vía clásica de nuestro Centro.

Requieren un abordaje multidisciplinar, preparación e información del paciente hasta el ingreso, actualización en técnicas anestésicas y quirúrgicas mínimamente invasivas, técnicas de ahorro de sangre, analgesia multimodal y movilización precoz, sin suponer un aumento de complicaciones a corto plazo.

Su aplicación en Cirugía Espinal todavía es desconocida, con falta de información fiable. Con resultados muy prometedores, son necesarios más estudios prospectivos multicéntricos randomizados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Evaniew N, Khan M, Drew B, Kwok D, Bhandari M, Ghert M. Minimally invasive versus open surgery for cervical and lumbar discectomy: A systematic review and meta-analysis. CMAJ Open 2014;2:E295-305.
2. Rasouli MR, Rahimi-Movaghar V, Shokraneh F, Moradi-Lakeh M, Chou R. Minimally invasive discectomy versus microdiscectomy/open discectomy for symptomatic lumbar disc herniation. Cochrane Database Syst Rev 2014;9:CD010328.
3. McClell, S., & Goldstein, J. Minimally invasive versus open spine surgery: What does the best evidence tell us? Journal of Neurosciences in Rural Practice 2017; 8(2), 194.
4. Rodríguez-Vela J, Lobo-Escobar A, Joven E, Muñoz-Marín J, Herrera A, Velilla J. Clinical outcomes of minimally invasive versus open approach for one-level transforaminal lumbar interbody fusion at the 3- to 4-year follow-up. Eur Spine J 2013;22:2857-63
5. Wang HL, Lu FZ, Jiang JY, Ma X, Xia XL, Wang LX. Minimally invasive lumbar interbody fusion via MAST quadrant retractor versus open surgery: A prospective randomized clinical trial. Chin Med J (Engl) 2011;124:3868-74.
6. Phan K, Rao PJ, Kam AC, Mobbs RJ. Minimally invasive versus open transforaminal lumbar interbody fusion for treatment of degenerative lumbar disease: Systematic review and meta-analysis. Eur Spine J 2015;24:1017-30.
7. Jin-Tao Q, Yu T, Mei W, Xu-Dong T, Tian-Jian Z, Guo-Hua S, et al. Comparison of MIS vs. open PLIF/TLIF with regard to clinical improvement, fusion rate, and incidence of major complication: A meta-analysis. Eur Spine J 2015;24:1058-65.

