

Desde su introducción por Spiller y Martin en 1912 , la cordotomía anterolateral medular continúa siendo útil en un gran número de casos. [13]

Esta técnica consiste en seccionar el cuadrante anterolateral de la médula contralateral al dolor con lo que se desconecta el fascículo espinotalámico. Dicha cirugía suprime la sensibilidad térmica y dolorosa, pero conserva la sensibilidad táctil fina y profunda.

Fué recomendada en la década de los 1920 como medida paliativa en los dolores por enfermedad maligna y Lues (Fleming, 1927).

La técnica de Schwartz [14], cordotomía cervical alta entre C1-C2, es un procedimiento sencillo para obtener niveles altos de analgesia. La analgesia inmediata se logra en el 95% de los pacientes, pero con el tiempo el nivel de anestesia se reduce hasta alcanzar un 25%.

Sus principales indicaciones son en dolores unilaterales de la mitad inferior del cuerpo y producidos por tumores malignos; y las complicaciones más frecuentes son ataxia, alteraciones respiratorias, alteraciones vesicales, hemiparesia y disestesia poscordotomía.

Desde que en 1963 Mullan et al iniciaran la técnica percutánea [15], la experiencia del cirujano, la adecuada selección de los pacientes y el perfeccionamiento de la técnica han hecho de este procedimiento una de las intervenciones más útiles y de menor riesgo para el tratamiento del dolor, especialmente cuando se hace unilateral.

La intervención se practica con anestesia local, para que la estimulación eléctrica de la zona que se va a lesionar permita la localización exacta y la extensión necesaria de la analgesia.

La principal indicación es el dolor provocado por afecciones malignas y unilaterales. Los dolores crónicos debidos a enfermedades no malignas son también una indicación, pero en el 24% de los pacientes debe repetirse el procedimiento por reaparición tardía del dolor.

Sus complicaciones más frecuentes son inestabilidad por lesión del fascículo espinocerebeloso, hipotensión ortostática y síndrome de Bernard Horner.

Cuando la cordotomía se hace bilateral, existe el riesgo del síndrome de la ondina.

## **Bibliografía**

Fleming, H W. 1927. "Neurosurgery: Palliative Neurosurgical Methods." California and Western Medicine 27 (3) (September): 386.

Spiller W, Martin E. The treatment of persistent pain of organic origin in the lower part of the body by division of the anterolateral column of the spinal cord. J Am Med Assoc 1912; 58: 1489-90.

14. Schwartz H. High cervical cordotomy-technique and results. Clin Neurosurg 1960; 8: 282-93.

15. Mullan S, Harper P, Hekmatpanah J, Torres H, Dobben G. Percutaneous interruption of spinal pain tracts by means of a strontium needle. J Neurosurg 1963; 20: 931-9.

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea**  
**ISSN 1988-2661**

Permanent link:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=cordotomia>

Last update: **2019/09/26 22:14**

