Cuando el tratamiento farmacológico con levodopa no mejora los síntomas motores, una alternativa para ciertos pacientes puede ser la cirugía.

La subtalamotomía es una intervención dirigida al tratamiento de algunos síntomas de la enfermedad de Parkinson.

Esta operación consiste en practicar una termolesión controlada en la zona motora del núcleo subtalámico y se aplica principalmente en pacientes con enfermedad de Parkinson de neto predominio en un hemicuerpo (en un solo lado del cuerpo).

La subtalamotomía es una alternativa a otras opciones quirúrgicas para tratar los síntomas de la enfermedad de Parkinson, como la colocación de electrodos para realizar estimulación cerebral profunda, particularmente cuando la cirugía es unilateral, así como cuando existe contraindicación para implantar una prótesis intracraneal. Sin embargo, para los pacientes en los que la enfermedad es bilateral o en los que existen bloqueos de la marcha, el tratamiento quirúrgico más apropiado es la implantación de estimuladores cerebrales en ambos núcleos subtalámicos.

El candidato ideal para una subtalamotomía a aquel paciente que presenta síntomas y signos eminentemente unilaterales de Parkinson de varios años de evolución, así como a aquellos en quienes por alguna razón específica no sea posible implantar un estimulador. Este podría ser el caso de pacientes residentes en países donde no cuenten con el seguimiento de un neurólogo especialista en estimulación que pueda hacerse cargo del control periódico y seguimiento de estos dispositivos, pacientes con tratamiento anticoagulante crónico o aquellos propensos a sufrir infecciones. También pueden ser candidatos a esta cirugía aquellos que no desean llevar una batería incorporada de forma permanente y que para evitarlo opten por la subtalamotomía.

El procedimiento quirúrgico es muy similar al que se aplica para implantar un neuroestimulador. La intervención se prepara previamente mediante una resonancia magnética y un TAC cerebral del paciente cuyas imágenes se fusionan para permitir al neurocirujano conocer de forma precisa el lugar del cerebro más apropiado para iniciar el abordaje quirúrgico. Mediante estas pruebas de imagen y un neuronavegador, el facultativo consigue acceder a la zona motora del núcleo subtalámico del paciente donde debe practicar la lesión. Así, se introducirá hasta este lugar un electrodo cuyo extremo distal consta de una punta no aislada de un milímetro de diámetro y dos de longitud que emite calor. Una vez localizada la zona motora del núcleo se eleva la temperatura del electrodo y se realiza con él una pequeña lesión térmica.

La intervención debe realizarse con el paciente despierto, al que se le coloca un marco de esterotaxia, con el que se pueden comprobar las distancias en los diferentes planos del espacio. De este modo, en la misma intervención se puede constatar el beneficio clínico obtenido en el hemicuerpo contralateral al lugar donde se ha practicado la cirugía. El paciente permanece ingresado una noche en la Unidad de Cuidados Intensivos y a las 24 horas se le realiza una resonancia magnética para obtener información sobre el volumen y la ubicación de la lesión.

A diferencia de la cirugía de implante de electrodos para realizar estimulación cerebral profunda, la lesión del núcleo subtalámico conlleva un beneficio inmediato, incluso intraoperatorio. Además, aporta la ventaja de que no precisa llevar una batería incorporada, así como la de no necesitar control ni seguimiento de ningún dispositivo. Por el contrario, en un 10 por ciento de los pacientes operados puede aparecer una disquinesia o movimiento no controlado que, generalmente, es transitorio. En los casos en los que esta afectación persiste, es posible su reversión mediante una segunda intervención quirúrgica.

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

Permanent link:
http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=subtalamotomia

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