

Una operación mejora los síntomas en pacientes con trastornos unilaterales de Parkinson

La **subtalamotomía** es una técnica quirúrgica que consiste en efectuar una termolesión en la zona motora del núcleo subtalámico



De izquierda a derecha, los neurólogos José Obeso y María Cruz Rodríguez-Oroz y el neurocirujano Jorge Guridi.

CUN ■ La Clínica Universidad de Navarra es el centro médico español con mayor experiencia en la realización de una técnica quirúrgica denominada subtalamotomía dirigida al tratamiento de algunos síntomas de la enfermedad de Parkinson. Esta intervención 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 hemisferio (un solo lado del cuerpo). La subtalamotomía es una alternativa a 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. Por otra parte, 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.

De este modo, el doctor Jorge Guridi, director del Departamento de Neurocirugía de la Clínica considera

La Clínica es uno de los centros con mayor experiencia en la práctica de la subtalamotomía con buenos resultados.

El candidato ideal presenta síntomas y signos de Parkinson en un lado del cuerpo de varios años de evolución.

el candidato ideal para una subtalamotomía a aquel paciente que presenta síntomas y signos eminentemente unilaterales de Parkinson de varios años de evolución y también 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 cuentan con el seguimiento de un neurólogo especialista en estimulación que pueda hacerse cargo del control periódico y seguimiento de estos dispositivos, pacientes con tratamiento anti-coagulante crónico o aquellos propensos a sufrir infecciones. También pueden ser candidatos a esta cirugía pacientes que no desean llevar una batería incorporada de forma permanente y que para evitarlo opten por la subtalamotomía.

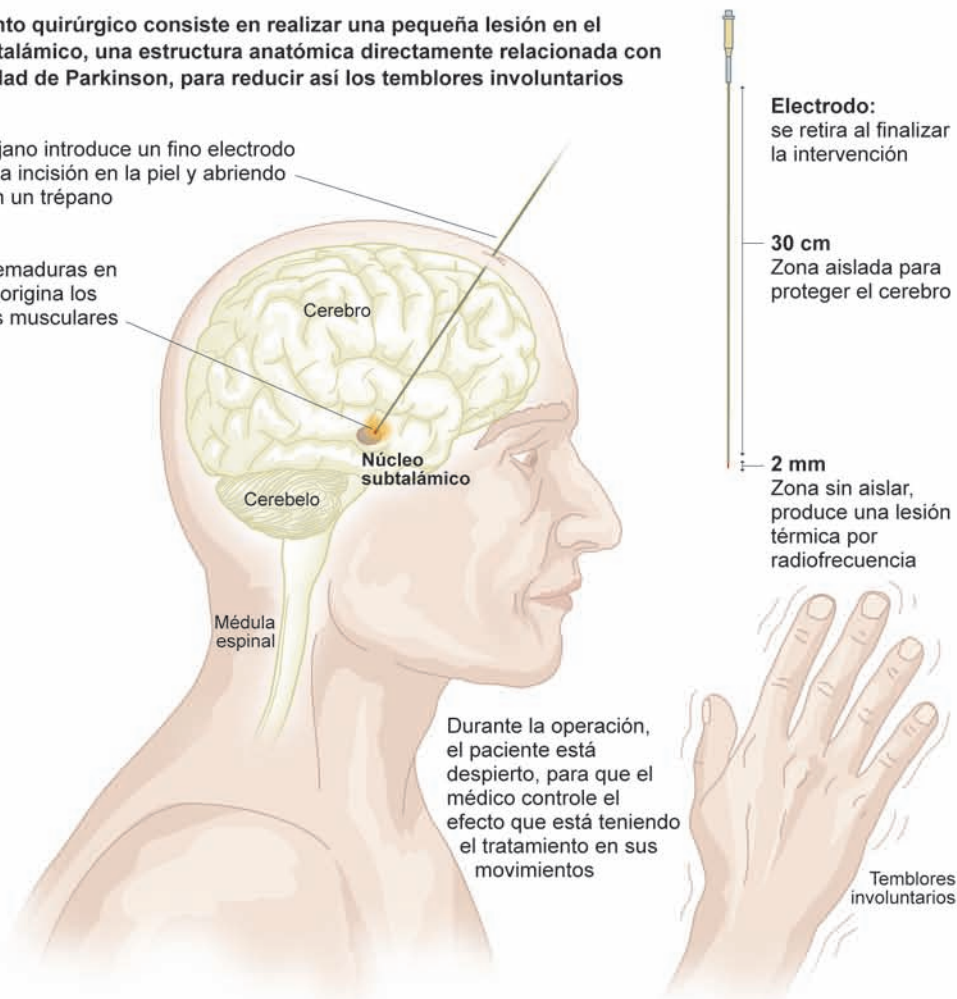
LA TÉCNICA QUIRÚRGICA. El procedimiento quirúrgico es muy similar al que se aplica para implantar un neuroestimulador. La intervención se prepara previamente mediante una resonancia magnética y un TAC cerebral del paciente cuyas imágenes se fusionan para permitir al neurocirujano conocer de forma precisa el lugar del cerebro más apropiado para iniciar el abordaje quirúrgico.

NUEVO TRATAMIENTO PARA EL PARKINSON

El tratamiento quirúrgico consiste en realizar una pequeña lesión en el núcleo subtalámico, una estructura anatómica directamente relacionada con la enfermedad de Parkinson, para reducir así los temblores involuntarios

El neurocirujano introduce un fino electrodo haciendo una incisión en la piel y abriendo el hueso con un trépano

Produce quemaduras en la zona que origina los movimientos musculares

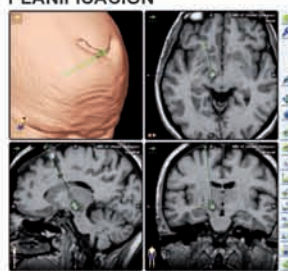


co. Mediante estas pruebas de imagen y un neuronavegador, el facultativo consigue acceder a la zona motora del núcleo subtalámico del paciente donde debe practicar la lesión.

De este modo, 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

PASA A LA PÁG.22 >>

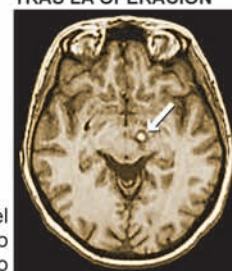
PLANIFICACIÓN



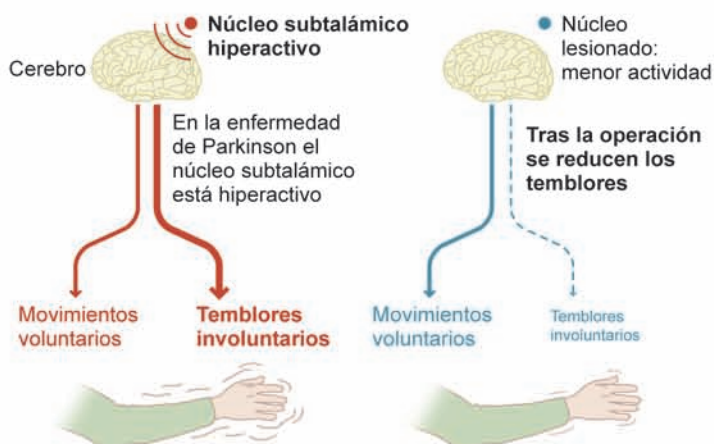
Se localiza el núcleo subtalámico mediante escáner y resonancia magnética

Lesión del núcleo subtalámico

TRAS LA OPERACIÓN



Se trata de mejorar los síntomas de la enfermedad de Parkinson, reduciendo, sobre todo, el temblor.





1

1 Vigilia. La intervención se realiza con el paciente despierto.

2 Material quirúrgico. el doctor Guridi manipula los electrodos que empleará en la intervención.

3 Precisión. Al paciente se le coloca un marco de esterotaxia para comprobar las distancias en los diferentes planos del espacio.



2



3

<<VIENE DE LA PÁG.21

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. 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.

BENEFICIOS. 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% 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.

El equipo médico de la Clínica para el tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Parkinson es multidisciplinar, ya que en él participan los servicios de Neurología (doctor Obeso y doctora Rodríguez Oroz), Neurocirugía (doctor Guridi) y Neurofisiología (doctor Alegre). El grupo de trabajo es pionero en esta modalidad terapéutica y cuenta con numerosos artículos sobre el tema, publicados en revistas internacionales.