

Discectomía cervical anterior y colocación de *cage* autosustentable en 10 pasos

Diana Carolina Álvarez Caicedo,¹ Joaquín Chuang,² Cintia Pascual,¹ Ariel Sainz,³ Santiago Erice,² Leopoldo Luciano Luque^{1,2}

1. Servicio de Neurocirugía, Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce", Provincia de Buenos Aires, Argentina

2. Servicio de Neurocirugía, Hospital Alemán, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

3. Servicio de Neurocirugía, Hospital Presidente Perón, Provincia de Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Introducción: la discectomía cervical vía anterior con colocación de *cage* autosustentable es una técnica quirúrgica comúnmente realizada y cuya indicación puede abarcar desde hernias simples hasta corrección de deformidades complejas.

Objetivos: describir la técnica de discectomía cervical anterior y colocación de *cage* autosustentable en 10 pasos y discutir sus aspectos fundamentales.

Descripción de la técnica: se describen en forma detallada los 10 pasos realizados: posición, marcación, abordaje, marcación intraoperatoria, colocación de separadores, discectomía, fresado de osteofitos, resección de ligamento vertebral común posterior, colocación del *cage* y cierre. Se ejemplifica con imágenes intraquirúrgicas de la técnica con fines didácticos.

Conclusión: la discectomía cervical anterior con colocación de *cage* autosustentable constituye una herramienta quirúrgica eficiente, reproducible y segura para el tratamiento de patologías cervicales compresivas. La adecuada realización del abordaje, considerando tanto la anatomía como la ergonomía quirúrgica, junto con una correcta indicación del tipo de implante y la apertura selectiva del ligamento vertebral común posterior permite optimizar los resultados clínicos y minimizar las complicaciones. La técnica sistematizada en 10 pasos presentada en este trabajo puede servir como una guía sencilla y detallada a seguir, disminuyendo el margen de error y proporcionando mejores resultados quirúrgicos.

Palabras clave: *Cage* autosustentable; Discectomía; Técnica quirúrgica; Vía anterior

Anterior cervical discectomy and self-sustaining cage placement in 10 steps

ABSTRACT

Background: anterior cervical discectomy with cage placement is a commonly performed surgical technique, whose indication can range from simple hernias to complex deformity correction.

Objectives: to describe the technique of anterior cervical discectomy and cage placement in 10 steps and to discuss its fundamental aspects.

Description of technique: the 10 steps performed are described in detail: position, marking, approach, intraoperative check, placement of separators, discectomy, osteophyte drilling, posterior common vertebral ligament resection, cage placement and closure. Illustrations of the technique were attached for didactic purposes.

Conclusion: anterior cervical discectomy with self-supporting cage placement is an efficient, reproducible, and safe surgical tool for the treatment of compressive cervical pathologies. Proper execution of the approach, considering both anatomy and surgical ergonomics, combined with correct indication of the type of implant and selective opening of the posterior common vertebral ligament resection, allows for optimization of clinical results and minimization of complications. The 10-step systematic technique presented in this paper can serve as a simple and detailed guide to follow, reducing the margin of error and providing better surgical results.

Keywords: Anterior approach; Discectomy; Self-sustaining cage; Surgical technique

Diana Carolina Álvarez Caicedo

dcac95@hotmail.com

Recibido: 29/04/2025 Aceptado: 02/08/2025

DOI: 10.59156/revista.v39i03.761

Joaquín Chuang: joaquinchuang@gmail.com

Cintia Pascual: cintiaapascual@gmail.com

Ariel Sainz: ariedgardosainz@hotmail.com

Santiago Erice: santiagoerice@gmail.com

Leopoldo Luciano Luque: leopoldoluciano.luque@gmail.com

Los autores no declaran conflicto de interés

Los autores no declaran financiamiento.

Este es un artículo de acceso abierto bajo la licencia CC BY-NC

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

INTRODUCCIÓN

La discectomía cervical anterior es una técnica quirúrgica ampliamente aceptada para el tratamiento de patologías compresivas de la columna cervical, como la radiculopatía y la mielopatía. Desde su descripción por Smith y Robinson en 1958 ha evolucionado significativamente, tanto en sus indicaciones como en las herramientas utilizadas para restaurar la altura intersomática y lograr una artrodesis sólida. En las últimas décadas la introducción de *cages* autosustentables ha permitido una evolución en la forma de abordar la fusión intersomática, simplificando el procedimiento y reduciendo la morbilidad. Factores como la elección del lado del abordaje, el tipo de implante utilizado y la apertura, o no, del ligamento vertebral común posterior (LVCP) continúan siendo objeto de análisis y se abordarán en el presente artículo. Presentamos la técnica

sistematizada en 10 pasos para la discectomía cervical anterior con colocación de *cage* autosustentable, sobre la base de nuestra experiencia, orientada a optimizar los resultados quirúrgicos en este tipo de procedimientos e incorporamos una discusión crítica sobre la elección del abordaje, los tipos de implantes y las maniobras adicionales requeridas durante la descompresión.

OBJETIVOS

Describir la técnica de discectomía cervical anterior y colocación de *cage* autosustentable en 10 pasos y discutir sus aspectos fundamentales.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

1. Posición

Se realiza la anestesia general con el paciente en decúbito dorsal en la camilla operatoria, (se diferencia de los pacientes que son operados en decúbito ventral que son anestesiados en la camilla de traslado) (Figura 1). Consideramos de importancia:

- Advertir al anestesiólogo que el tubo endotraqueal sea preferentemente espiralado (para evitar su colapso) y que debe ser reclinado hacia el lado contralateral al lugar del abordaje y fijado con cintas adhesivas evitando otros medios que puedan entorpecer el campo quirúrgico debido a su proximidad.
- Elevar el plano del tórax con un realce interescapular y de este modo lograr una leve extensión cervical.
- Lateralizar ligeramente la cabeza hacia el lado contralateral al abordaje; esto no tendrá repercusión sobre la artrodesis ya que la rotación ocurre principalmente sobre C1-C2, y nos permite mejorar el campo operatorio y, principalmente, evitar que el mentón entorpezca

el momento de colocar el tornillo caudal en los *cages* autosustentables con tornillos divergentes.

- Bajar los hombros con cinta adhesiva para una mejor visualización de la columna en la incidencia de perfil al momento de usar la radioscopia.

2. Marcación

Marcamos bajo guía radioscópica, previo a la asepsia y antisepsia, en incidencia de perfil y pasamos el arco en C del equipo por debajo de la camilla. Es importante tener en cuenta que la marcación del espacio discal debe realizarse con un instrumento radioopaco (por ejemplo tijera), el cual debe posicionarse con la punta perpendicular al suelo y no paralela al platillo discal; aclaramos esto ya que un error muy frecuente es direccionar la marcación paralela al espacio discal y después direccionar el abordaje perpendicular al piso o incluso con dirección caudal, esto evidenciado por la franca tendencia a exponer niveles inferiores a los marcados (Figura 2). Durante la marcación del nivel con el instrumental radioopaco ejercemos una leve presión entre el paquete vasculonervioso y el componente visceral, de modo tal que permita el acercamiento a la columna. Una vez identificado el nivel, se utiliza un marcador y se dibuja la incisión horizontal incluido 5 mm del músculo esternocleidomastoideo (ECM) en su extremo lateral y llegando prácticamente a la línea media en su extremo medial (esto dependerá de los niveles a abordar, a más niveles, mayor longitud) (Figura 3).

3. Abordaje

Realizamos una incisión horizontal de piel y tejido celular subcutáneo (TCSC) siguiendo, en lo posible, los pliegues cutáneos. Colocamos un separador autoestático (tipo Adson o Gelpi pequeños) y con un hisopo exponemos el

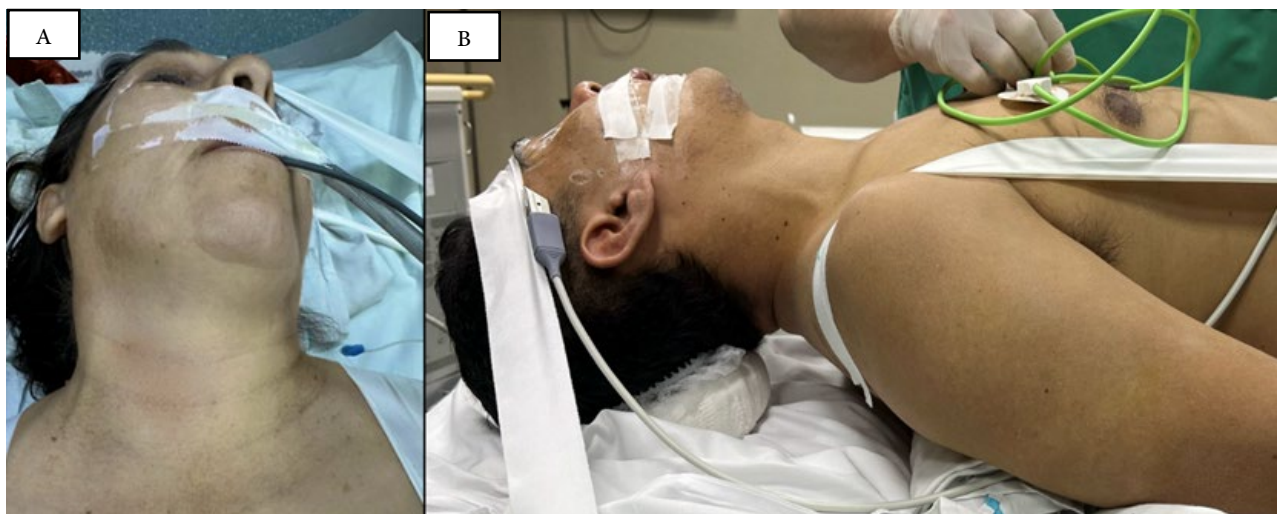
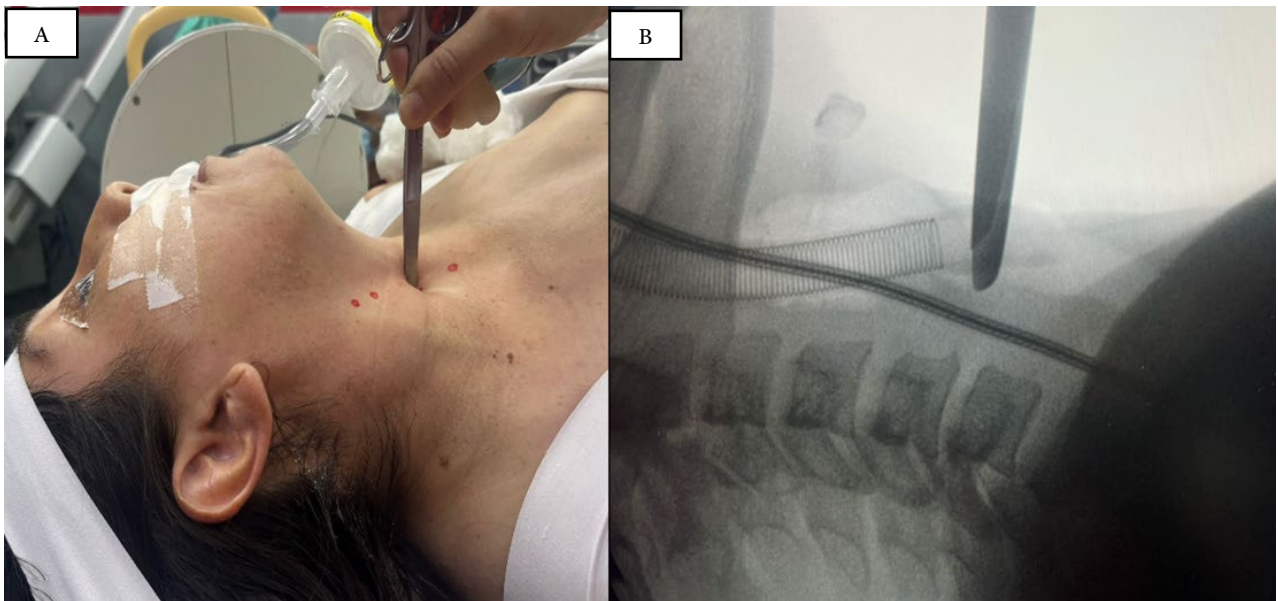


Figura 1. Posicionamiento del paciente. A) Vista frente. B) Vista perfil.



músculo platisma, incidimos sobre este en forma paralela al músculo ECM. Con tijera abrimos la fascia cervical media con aperturas sucesivas en dirección longitudinal, maniobra que resulta práctica y segura. Tratamos de no seccionar el músculo omohioideo, desplazándolo hacia arriba o abajo, dependiendo del nivel a abordar, sin embargo, en caso de que debamos seccionarlo no realizamos reconstrucción posterior.

Mediante disección digital se reconoce la columna vertebral. Se coloca separador oblicuo desplazando el componente visceral (vía aérea y digestiva) hacia medial y el componente vasculonervioso (carótida, yugular y nervio vago) hacia lateral, de este modo se logra la exposición de la columna vertebral cubierta por la fascia cervical profunda (Figura 4); no ampliamos demasiado la exposición hasta

corroborar el nivel con la marcación.

4. Marcación intraoperatoria

Una vez expuesta la columna vertebral, palpamos el cuerpo (depresión) y el disco (pico) e inmediatamente colocamos el pin de Caspar en el cuerpo (centro de la concavidad) orientado levemente en dirección cefálica. Interpretamos que si respetamos la dirección perpendicular al suelo, la colocación del pin incluirá uno de los cuerpos correctos. Se realiza control con radioscopia intraoperatoria y se continúa colocando el otro pin según la ubicación del primero (Figura 5). Actualmente no realizamos marcación con Abbocath en forma de bayoneta en el espacio discal ya que al respetar la dirección perpendicular de la marcación durante el abordaje la posibilidad de errar el nivel es prácticamente nula (en el caso de que suceda, retiramos el pin y lo colocamos en el espacio correcto), así se evita la colocación de elementos móviles transitorios, se reduce la exposición a rayos X y se disminuye un tiempo durante la cirugía.

5. Colocación de separadores

Colocamos separador con valvas (separador de Cloward). La valva medial es más grande que la lateral, en consecuencia, aconsejamos que el tamaño de estas se ajuste al paciente, no es conveniente colocar valvas demasiado grandes ya que alejan las manos del cirujano (cuanto más cerca, mayor precisión), ni muy pequeñas, porque pueden comprimir la carótida o desproteger el esófago y/o faringe. Un punto importante es colocar la valva lateral encastrada en el músculo largo del cuello (para lograrlo desinsertamos 1-2 mm de la porción medial de dicho músculo, logrando así un pequeño escalón que nos servirá para apoyar la

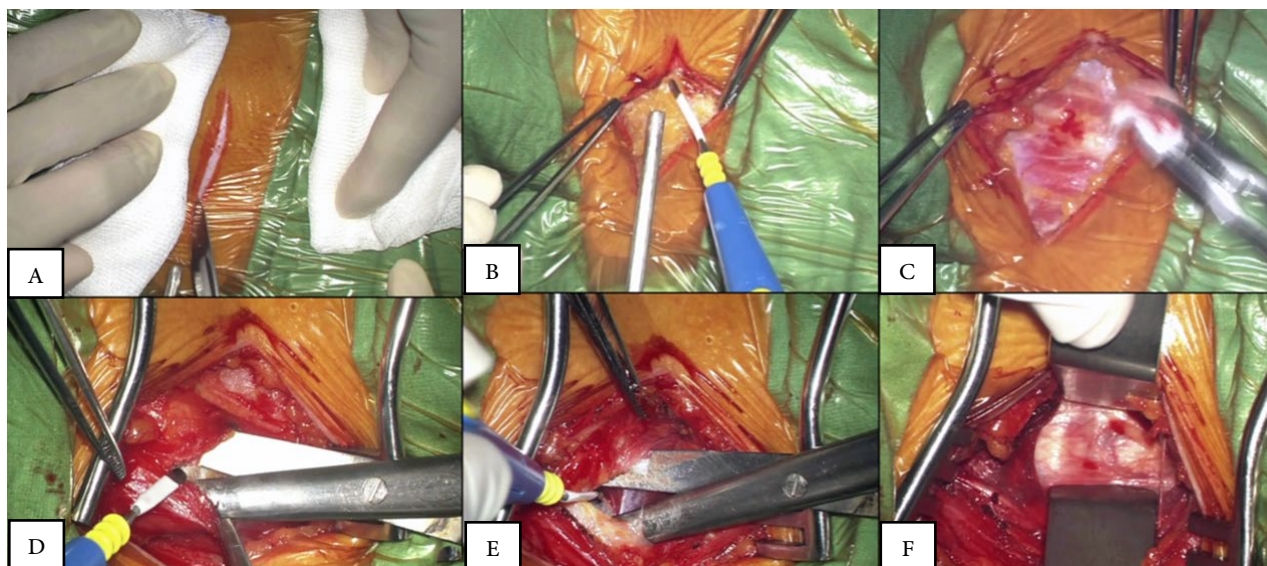


Figura 4. Abordaje. A y B) Incisión horizontal en piel y tejido celular subcutáneo. C) Exposición con hisopo de músculo platisma. D y E) Incisión de músculo platisma y de la fascia media en forma paralela al ECM. F) Exposición de la columna vertebral cubierta por la fascia cervical profunda posterior a colocación de separadores oblicuos separando paquete visceral (arriba) y vasculonervioso (abajo).

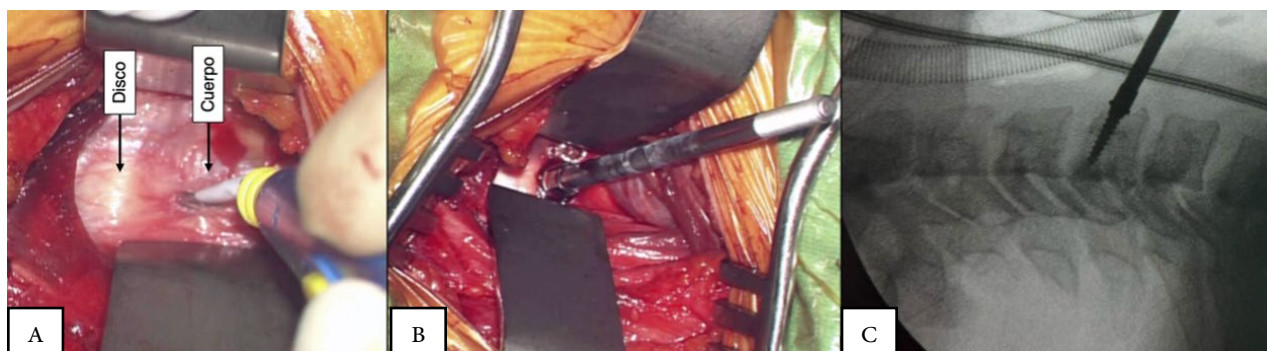


Figura 5. Marcación intraoperatoria. A) Se identifica el disco intervertebral (pico) y el cuerpo (depresión) y en el centro de la concavidad se reseca la fascia prevertebral con coagulación monopolar. B) Colocación del pin de Caspar a 30° en dirección cefálica. C) Imagen control de guía radioscópica en incidencia de perfil.

valva lateral de manera segura evitando deslizamientos) y realizar la apertura, desplazando de este modo el componente visceral (ubicado naturalmente por delante de la columna vertebral). Por último, colocamos el separador de Caspar. No utilizamos separadores autoestáticos en dirección cefalocaudal, ya que los pines del Caspar realizan esta apertura (Figura 6).

6. Discectomía

Con coagulación monopolar exponemos los bordes anteriores del platillo discal, tanto superior como inferior (utilizaremos los osteofitos anteriores como injerto autólogo). La apertura del espacio discal se realiza con bisturí hoja 11, aquí es importante no profundizar más de 10 mm el bisturí, ya que al no tener tope podríamos ingresar inadvertidamente al canal medular, generando severas complicaciones. Posteriormente realizamos la discectomía con pinzas de disco y terminamos con un curetaje del espacio para preparar los platillos discales (Figura 7).

7. Fresado de osteofitos

En este punto recomendamos la incorporación del microscopio quirúrgico. Preferimos fresas diamantadas grandes (el número dependerá de cada caso) por sobre las de pequeño tamaño ya que la forma de los bordes posteriores de los endplates disminuyen el traspaso accidental del *drill* al canal y además permiten un fresado de buena magnitud (Figura 8).

Es importante no realizar fuerza en profundidad, sino apoyar el *drill* y fresar en sentido laterolateral y cefalocaudal avanzando lentamente hacia posterior, siempre con maniobras delicadas. Recomendamos apoyar la mano en el campo quirúrgico a medida que “drilamos” para mejor control, desaconsejamos rotundamente “drilados” a mano alzada.

A medida que avanzamos se observarán los verdaderos bordes posteriores de los platillos discales superior e inferior (ocultos por restos del anillo fibroso) y al continuar con el fresado de los osteofitos se observará el LVCP, el cual se distingue por la dirección cefalocaudal de las fibras.

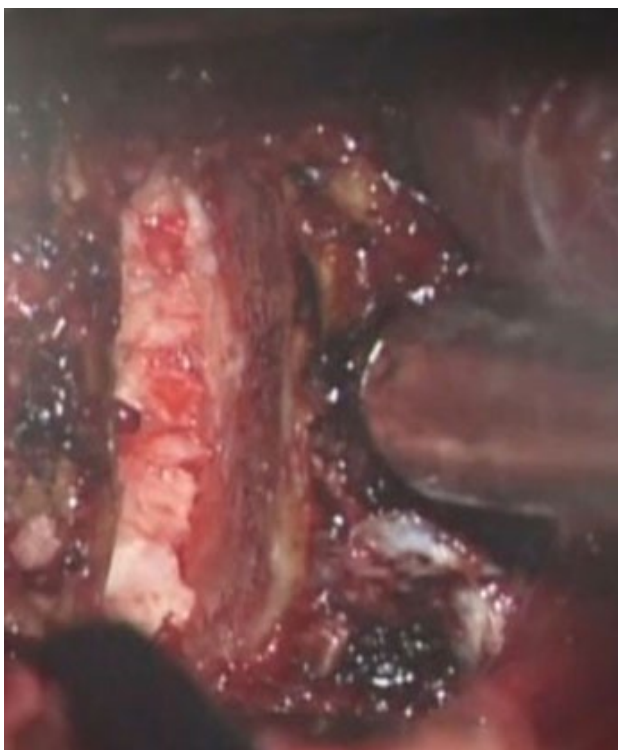
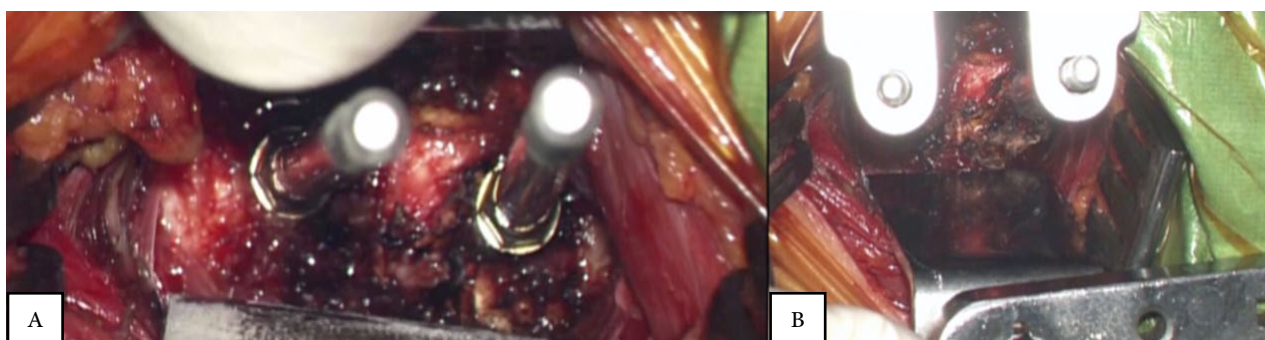


Figura 7. Imagen bajo magnificación microscópica de la vista final del espacio interdiscal tras la discectomía.



Figura 8. Fresado de osteofitos con fresa diamantada.

8. Resección de ligamento vertebral común posterior

Aquí consideramos importante contar con un disector como angulado a 90° (con forma y función de un gancho pequeño y delicado) y Kerrison de 1 o 2 mm. Ingresamos con el disector entre la duramadre y LVCP, elevamos este último alejándolo de la duramadre, formando un ojal que nos permita ingresar la tijera y de este modo completar la resección del LVCP. Finalmente, con Kerrison, completamos la resección de osteofitos tanto a nivel superior como inferior (Figura 9). Un consejo en este punto es distinguir el LVCP de la duramadre, ya que este puede ser disecado sin intención en varias capas y las más delgadas pueden parecerse a la duramadre. Es en este momento donde recordamos la premisa de que: “si dudas que sea duramadre, no lo es, cuando es duramadre no quedan dudas”; esto es debido a su brillo lustroso inconfundible.

9. Colocación del cage

Primero obtenemos hueso autólogo de los osteofitos anteriores (actualmente no realizamos resección de cresta ilíaca, de este modo se logran excelentes fusiones sin dolores invalidantes en esta región como antiguamente). Previa valoración del tamaño del cage con el probador, se preparará con hueso autólogo y se colocará. Luego de la correcta localización, y sin aflojar el colocador, se cierra el Caspar (para aprisionar el cage). Posteriormente, aflojamos el colocador y dejamos el cage adecuadamente posicionado (Figura 10). Colocamos los tornillos del cage autosustentables teniendo presente dos consideraciones de utilidad:

- Si los pines están colocados medialmente no es necesario retirarlos en este momento ya que los tornillos del cage suelen ser paramedianos, por lo cual no entorpecen su colocación, manteniendo la separación cefalocaudal

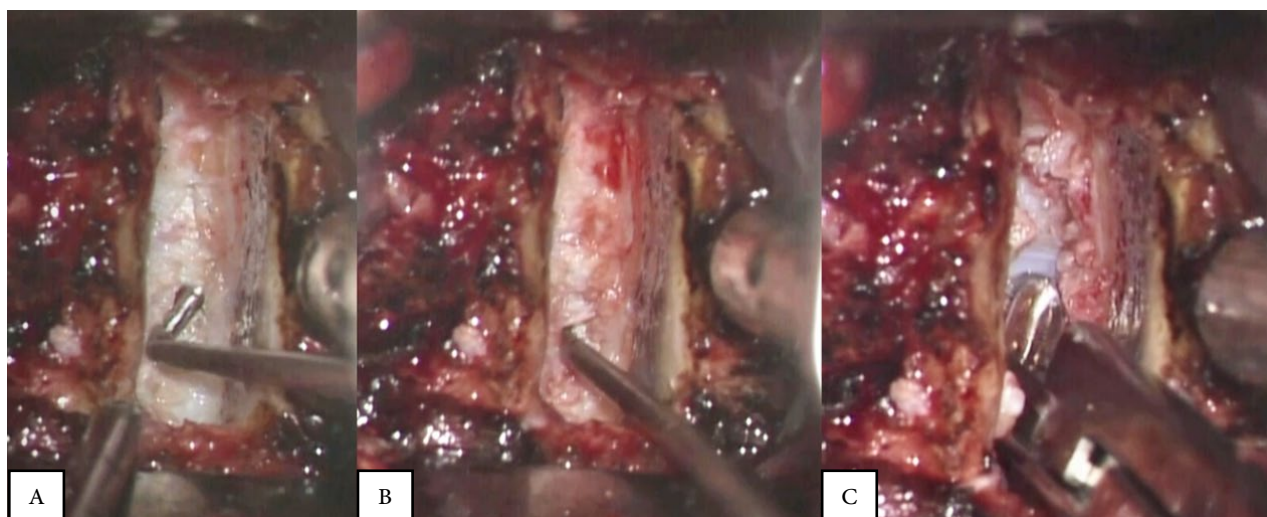


Figura 9. Resección del LVCP. A y B) Disección del ligamento. C) Resección del ligamento con Kerrison, se observa en profundidad color perlado de la duramadre.

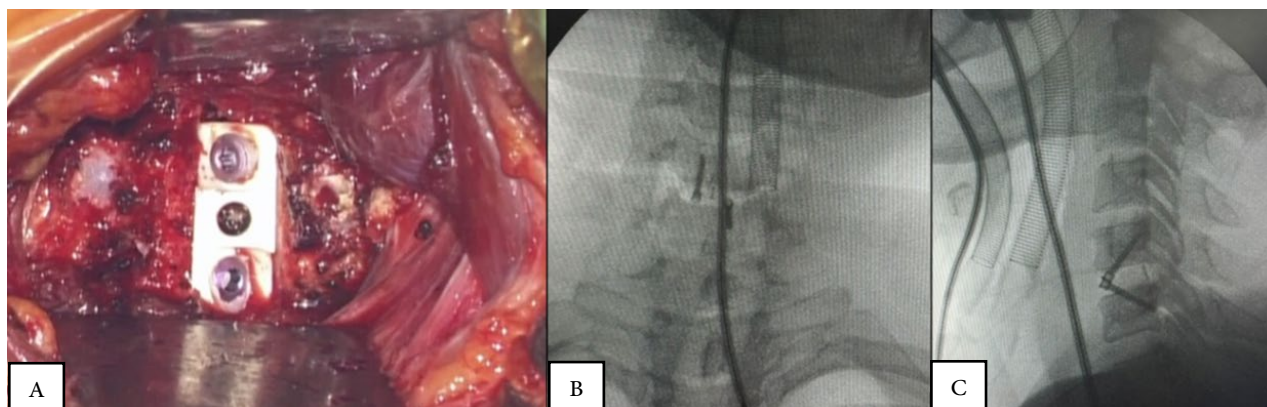


Figura 10. A) Vista intraoperatoria tras la colocación del cage. B y C) Control imagenológico en incidencia anteroposterior (B) y perfil (C).

del abordaje (recordar que no usamos autoestáticos cefalocaudal).

- El tornillo direccionado hacia arriba tiene cierta dificultad en su colocación debido a la dirección ascendente anteroposterior del endplate y la presencia del tórax (principalmente en niveles cervicales bajos), existiendo la posibilidad de no ingresar al cuerpo vertebral, derrapando y separando el cage del platillo superior; esto podría dificultar el contacto y fusión posterior; en estos casos, sugerimos no colocar el tornillo superior.

10. Cierre

Previo corroboración mediante radioscopia en incidencias anteroposterior y lateral, retiramos los pines de Caspar y colocamos cera para hueso en el ingreso de estos al cuerpo vertebral. Corroboramos la correcta hemostasia y cerramos TCSC y piel. No cerramos el músculo platisma ni omohioideo en el caso de ser seccionado, tampoco dejamos drenajes, a menos de que operemos 2 niveles o más.

DISCUSIÓN

La discectomía cervical anterior es una de las técnicas neuroquirúrgicas más reproducibles y efectivas para el tratamiento de patologías de columna cervical como la espondilosis degenerativa, la hernia discal, los traumatismos, infecciones e inestabilidad, teniendo como objetivo descomprimir la médula espinal y las raíces nerviosas, así como lograr la estabilización vertebral.⁽¹⁾

Clásicamente se ha aconsejado elegir el lado izquierdo para el abordaje por la menor vulnerabilidad del nervio laríngeo recurrente (NLR), que en este lado se origina desde el arco aórtico y asciende con un trayecto más predecible.^(2,3) No obstante, otros autores han demostrado que no hay asociación entre una mayor incidencia de lesiones neurovasculares y el lado del abordaje, por lo que consideraciones técnicas como la comodidad del cirujano, especialmente en operadores diestros, justifican el abordaje derecho.⁽⁴⁻⁶⁾

Actualmente existen diversas opciones de estabilización

tras la resección discal: la colocación de *cage* autosustentable, la combinación *cage* + placa anterior, y las prótesis de disco. La elección dependerá del número de niveles involucrados, la calidad ósea y las necesidades biomecánicas del paciente. Los *cages* autosustentables han demostrado tasas de fusión comparables a las construcciones con placa, con ventajas como menor tiempo quirúrgico, menor disfgia postoperatoria y menor invasión. Sin embargo, presentan mayor riesgo de subsidencia y pérdida de lordosis, especialmente en pacientes con hueso osteoporótico o múltiples niveles afectados. La combinación *cage* + placa anterior ofrece mayor estabilidad, mejor mantenimiento de la lordosis y menor riesgo de colapso del injerto, y es especialmente recomendable en casos multisegmentarios o con deformidad.^(1,7-10) Por su parte, la prótesis de disco cervical preserva la movilidad y puede reducir la degeneración adyacente, pero su indicación se restringe a pacientes jóvenes, sin espondilosis avanzada ni inestabilidad. Su uso debe evaluarse cuidadosamente dada su mayor complejidad técnica y costo.⁽¹¹⁾

Finalmente, la apertura del ligamento vertebral común posterior (LVCP) debe valorarse en cada caso. En presencia de compresión significativa o fragmentos migrados, la apertura del LVCP permite una descompresión más completa del saco dural. Sin embargo, en casos de hernias blandas contenidas o cuando el anillo fibroso posterior actúa como una barrera natural, puede evitarse su apertura, y reducir así el riesgo de lesión dural, hematoma o fistulas de LCR.^(12,13)

En nuestra institución, el abordaje derecho se realiza de forma segura con adecuada disección del paquete

vasculonervioso. Preferimos la incisión horizontal ya que proporciona una amplia exposición y tiene mejores resultados estéticos, también optamos por una marcación combinando anatomía y radioscopia y realizamos la apertura del LCVP de rutina bajo magnificación microscópica, sin haberse observado una mayor tasa de complicaciones postoperatorias.

CONCLUSIÓN

La discectomía cervical anterior con colocación de *cage* autosustentable es una herramienta quirúrgica eficiente, reproducible y segura para el tratamiento de patologías cervicales compresivas. La adecuada realización del abordaje, considerando tanto la anatomía como la ergonomía quirúrgica, junto con una correcta indicación del tipo de implante y la apertura selectiva del LVCP, permite optimizar los resultados clínicos y minimizar las complicaciones. La técnica sistematizada en 10 pasos presentada en este trabajo puede servir como una guía sencilla y detallada a seguir, disminuyendo el margen de error y proporcionando mejores resultados quirúrgicos.

Contribuciones de autoría

Conceptualización, Administración del proyecto, Redacción - revisión y edición: Leopoldo Luciano Luque. Curación de datos, Metodología: Ariel Sainz. Análisis formal, Investigación, Redacción - borrador original: Diana Carolina Álvarez Caicedo. Adquisición de fondos, Software: Cintia Pascual. Recursos, Visualización: Joaquín Chuang. Supervisión, Validación: Santiago Erice.

BIBLIOGRAFÍA

1. Viswanathan VK, Manoharan SR. To plate or not to plate after a single- or two-level anterior cervical discectomy: fusion with cage-plate construct or stand-alone cage. *Asian Spine J.* 2017;11(1):1-3. doi: 10.4184/asj.2017.11.1.1
2. Jung A, Schramm J. How to reduce recurrent laryngeal nerve palsy in anterior cervical spine surgery: a prospective observational study. *Neurosurgery.* 2010;67(1):10-5. doi: 10.1227/01.NEU.0000370203.26164.24
3. Miscusi M, Bellitti A, Peschillo S, Polli FM, Missori P, Delfini R. Does recurrent laryngeal nerve anatomy condition the choice of the side for approaching the anterior cervical spine? *J Neurosurg Sci.* 2007;51(2):61-
4. Beutler WJ, Sweeney CA, Connolly PJ. Recurrent laryngeal nerve injury with anterior cervical spine surgery: risk with laterality of surgical approach. *Spine.* 2001;26(12):1337-42. doi: 10.1097/00007632-200106150-00014
5. Haller JM, Iwanik M, Shen FH. Clinically relevant anatomy of recurrent laryngeal nerve. *Spine.* 2012;37(2):97-100. doi: 10.1097/BRS.0b013e31821f3e86
6. Haller JM, Iwanik M, Shen FH. Clinically relevant anatomy of high anterior cervical approach. *Spine.* 2011;36(25):2116-21. doi: 10.1097/BRS.0b013e31820408af
7. Sever C, Kilinc BE, Akpolat AO, Bozkaya T, Kurtan A, Misir A. A retrospective comparative analysis of anterior cervical discectomy and fusion using stand-alone titanium cage versus cage and plate fixation in two-level cervical disc herniation. *J Orthop Surg Res.* 2025;20(1):256. doi: 10.1186/s13018-025-05654-x
8. Zhao Y, Yang S, Huo Y, Li Z, Yang D, Ding W. Locking stand-alone cage versus anterior plate construct in anterior cervical discectomy and fusion: a systematic review and meta-analysis based on randomized controlled trials. *Eur Spine J.* 2020;29(11):2734-44. doi: 10.1007/s00586-020-06561-x
9. Bębenek A, Godlewski B. Anterior cervical discectomy and fusion (ACDF) with and without plating: a comparison of radiological and clinical outcomes. *Adv Clin Exp Med.* 2024;33(8):881-8. doi: 10.17219/acem/172062
10. Zhang Y, Ju J, Wu J. Self-locking stand-alone cage versus cage-plate fixation in monosegmental anterior cervical discectomy and

- fusion with a minimum 2-year follow-up: a systematic review and meta-analysis. *J Orthop Surg Res.* 2023;18(1):403. doi: 10.1186/s13018-023-03885-4
11. Turkov D, Job A, Iturriaga C, Verma RB. Current concepts of cervical disc arthroplasty. *Int J Spine Surg.* 2021;15(6):1174-83. doi: 10.14444/8149
12. Farid AM, ElKheshin SE. Posterior longitudinal ligament resection during microscopic anterior cervical discectomy: technique and safety consideration. *Egypt J Neurosurg.* 2019;34:37. doi: 10.1186/s41984-019-0062-7
13. Elayouty AED, Mashaly HA, Sabry HA. Posterior longitudinal ligament resection in anterior cervical discectomy. *Egypt J Neurosurg.* 2018;33:3. doi: 10.1186/s41984-018-0006-7

COMENTARIO

Los autores describen en 10 pasos la técnica de la discectomía cervical anterior con colocación de una caja autosustentable. Antes de la colocación de la caja, la descripción de cada paso fue minuciosa, recordándonos todos los aspectos técnicos ya clásicos del abordaje cervical anterior.

Coincido con los autores en que la elección del lado derecho o izquierdo para abordar ya no es un problema. En cuanto a la colocación de la caja, señalan muy acertadamente, como principal inconveniente, las dificultades para emplazar los tornillos con orientación cefálica. Un aspecto controversial es la utilización de los osteofitos resecaados como material autólogo para lograr la artrodesis ya que estos, en gran medida, carecen de hueso esponjoso suficiente para estimular una fusión. A pesar de ello, los autores refieren que han tenido una fusión aceptable, aunque no nos hayan dicho cómo la evaluaron. Hubiera sido útil que los autores nos indiquen qué tipo de caja emplean: PEEK o titanio trabeculado. En mi opinión, y la de otros, así como en la de los autores de este trabajo, el empleo de cajas autosustentables tiene varias ventajas por sobre la utilización de placas atornilladas anteriores.⁽¹⁾

Juan José María Mezzadri

Centro de Columna, Departamento de Neurocirugía, Instituto de Neurociencias, Hospital Universitario Fundación Favaloro, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

BIBLIOGRAFÍA

1. Abousayed M, Elmiligui Y, Koptan W, Elhamaky M, Barakat AS, Sultan AM. Treatment of multilevel cervical disc disease with standalone cervical cages with or without anterior plating: A prospective randomized comparative study. *J Craniovertebr Junction Spine.* 2025;16(1):89-95.

COMENTARIO

Los autores presentan una nota técnica en la que describen, en 10 pasos, los aspectos sobresalientes de la discectomía cervical anterior con colocación de *cage* autosustentable, basada en su experiencia personal y en la bibliografía revisada. A través de un texto simple y didáctico, acompañado de una gran cantidad de figuras, exponen la técnica de forma detallada. Considero que su lectura resulta interesante tanto para quienes se están iniciando en este tipo de procedimientos quirúrgicos como para los cirujanos más experimentados, que la realizan habitualmente y que pueden comparar e incorporar algunos de los detalles descriptos en su “técnica propia”.

En el artículo se recomienda la colocación de un drenaje en la *lodge* quirúrgica en casos que involucren dos o más niveles. En nuestra práctica habitual, colocamos drenaje a todos los pacientes operados de ACDF. Esta conducta se basa principalmente en la experiencia del equipo, a pesar de que no existe un sustento bibliográfico sólido que respalde el uso del drenaje como método para prevenir el hematoma posoperatorio. Los artículos más recientes, como la revisión sistemática y metaanálisis de Aaron Lerch y col., no encuentran beneficios en la prevención del hematoma y lo asocian con un leve aumento de la disfagia postoperatoria. Por otro lado, el uso del drenaje no incrementa el tiempo quirúrgico, los costos, ni el tiempo de internación.

Creemos importante el monitoreo estricto durante las primeras horas del postoperatorio en una unidad cerrada, ya que permite un mayor control y una respuesta rápida ante la posibilidad de compromiso de la vía aérea, una complicación infrecuente pero potencialmente grave, que suele presentarse en el postoperatorio inmediato. Existen artículos que han evaluado el riesgo de compromiso ventilatorio tras una ACDF, como la revisión titulada “Acute post-operative airway complications following anterior cervical spine surgery and the role for cricothyrotomy”, publicada en el *Journal of Spine Surgery* en 2019, en esta se destaca la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz, incluida la cricotirotomía en caso de ser necesaria.

Francisco Marcó del Pont

Fundación para la Lucha contra las Enfermedades Neurológicas de la Infancia (Fleni), Ciudad de Buenos Aires, Argentina

BIBLOGRAFÍA

- Lerch A, Chau AMT. The efficacy of post-operative drains for anterior cervical discectomy and fusion: a systematic review and meta-analysis. Br J Neurosurg. 2024 Feb;38(1):3-11. doi: 10.1080/02688697.2023.2254833
- Debkowska MP, Butterworth JF, Moore JE, Kang S, Appelbaum EN, Zuelzer WA. Acute post-operative airway complications following anterior cervical spine surgery and the role for cricothyrotomy. J Spine Surg. 2019 Mar;5(1):142-54. doi: 10.21037/jss.2019.03.01