

# RESÚMENES DE TRABAJOS PRESENTADOS A NEURORRAQUIS 2010

## PATOLOGÍA DEGENERATIVA

### Enfermedad desmielinizante vs. mielopatía cervical compresiva

J. ORTIZ, C. FIORE, V. CHAVEZ, R. HERNÁNDEZ, A. BIANCHI

**Objetivo.** Presentación de un caso de diagnóstico confuso entre enfermedad desmielinizante vs. mielopatía cervical compresiva y realizar una revisión bibliográfica sobre el tema.

**Descripción.** Adulto joven con urgencia miccional de 12 meses de evolución. Con déficit neurológicos tardíos en la evolución en los últimos 5 meses. Cuadro semiológico compatible con enfermedad desmielinizante. Las IRM de cerebro y cervical descartan enfermedad desmielinizante, si se aprecian pequeñas imágenes ovoides extramedulares –quiste aracnoideos cervicales- Con LCR se descarta desmielinizante en banda oligoclonales.

**Intervención.** Se decide y propone exploración quirúrgica y evacuatoria de quistes aracnoideos cervicales. La anatomía patológica confirma quistes aracnoideos.

**Conclusión.** Paciente recupera déficit neurológico ad integrum a expensas de cirugía exploratoria y escisión quistes aracnoideos cervicales. Quien desde un principio fuera diagnosticado con enfermedad desmielinizante progresiva.

### Espondilolistesis no degenerativas. Serie de casos

M. ROJAS, P. MARINO, N. ROURA, A. CERVIO, J. SALVAT

**Objetivo.** Presentar una serie de pacientes con espondilolistesis no degenerativas tratados quirúrgicamente en nuestra institución y una revisión bibliográfica al respecto.

**Material y método.** Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas y seguimiento evolutivo en controles médicos de pacientes diagnosticados y tratados de espondilolistesis no degenerativa entre 1995 y 2010. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, signo-sintomatología de presentación, nivel y grado de espondilolistesis, tipo de resolución quirúrgica, días de internación, uso de corset y complicaciones postoperatorias. Se realizó revisión bibliográfica.

**Resultados.** Se evaluaron 26 pacientes, edad promedio 37,12 años, 58% masculinos refiriendo lumbalgia y lumbociatalgia como síntomas prevalentes de presentación. Los niveles de espondilolistesis hallados fueron L5-S1, L4-L5 y L3-L4 en un 61%, 31% y 8% de los casos respectivamente y correspondían a grado 1 en un 53%, grado 2 en el 27%, grado 3 en el 7% y grado 4 en el 13%

de los pacientes. La artrodesis instrumentada con injerto con y sin laminectomía resultaron las opciones quirúrgicas más aplicadas. Los días promedio de internación fueron 5,23 días. El 100% de los pacientes usó corset con baja incidencia de complicaciones postoperatorias.

**Conclusión.** En la elección del tratamiento quirúrgico de las espondilolistesis no degenerativas resulta fundamental considerar no sólo el grado de desplazamiento de las mismas, sino las alteraciones sufridas en el balance sacro y espino pélvico global, los cuales debe ser tratados con prioridad a la traslación, especialmente en espondilolistesis de alto grado, ya que el fracaso de la cirugía puede llevar al dolor crónico invalidante.

### Impactación vertebral cervical postcorporectomía. A propósito de un caso

S. BELCHIOR, N. GOLDENBERG, G. GONZALEZ, J. SHILTON

**Objetivo.** Comunicar un caso particular de subsidencia de un cuerpo vertebral en otro, resultado de la colocación de una prótesis de titanio tipo Mesh luego de una doble corpectomía; así como también la toma de conducta ante dicha complicación.

**Descripción.** Paciente de 67 años, sexo femenino, consultó por cuadriparesia espástica moderada a severa a predominio crural de 6 años de evolución, hiperreflexia con signos de Hoffman y Babinski, y ausencia de trastornos miccionales. Los estudios imagenológicos (Rx e IRM de columna cervical) evidenciaron rectificación de la lordosis fisiológica con tendencia a la cifosis, uncartrosis, dismorfismo de los cuerpos vertebrales, disminución de altura de espacios intersomáticos, hernias duras retrocorporales, canal estrecho segmentario C4-C5 e hiperintensidad medular (T2) a nivel C4 y C5 (mielomalacia).

**Intervención.** Se decidió efectuar una doble corpectomía longitudinal medial C4-C5 seguida de artrodesis y fijación mediante implante protésico de titanio (Mesh) y placa atornillada a los cuerpos de C3 y C6. Si bien la evolución clínica de la paciente fue favorable, al no ser paralelos los platillos vertebrales de apoyo, la Mesh resultó ligeramente inclinada en su posición quirúrgica final. Sin embargo, el raquis conservó su alineación lordótica y la resonancia del post-op. inmediato mostró una médula descomprimida con amplio espacio de reserva. La IRM a los 3 meses post-op. demostró una cifosis a nivel C6-C7 con franca reducción del canal y compresión medular; basculación e impactación de C6 dentro del cuerpo de C7. Por tal motivo se resolvió efectuar una segunda intervención: extracción del implante protésico, corpectomía C6 y C7, colocación de implante reabsorbible de ácido poliláctico ("Bioscorp") relleno con fragmentos óseos de cresta iliaca,

reemplazando cuatro cuerpos vertebrales y fijación con placa atornillada a los cuerpos de C3 y D1. La paciente evolucionó favorablemente con disminución de la espasticidad y aumento de la fuerza en miembros superiores a predominio distal. En el control imagenológico se evidenció restauración de la alineación cervical, amplia descompresión medular y recuperación del espacio de reserva.

**Conclusión.** Factores inherentes a la técnica quirúrgica, así como a dismorfismos vertebrales, al diseño y geometría de la prótesis, entre otros, podrían haber contribuido a la subsidencia y cifosis cervical en esta paciente.

### **Rehidratación discal con distractor interespinoso. Resultados de nuestra experiencia en 7 casos**

J.M. LAFATA, A. MERCADO, M. ORELLANA, R. FERNÁNDEZ,  
J. BOTTAN, F. NAVARRO, M. AMAOLO

**Objetivos.** Evaluar el grado de rehidratación discal mediante el uso de distractores interespinosos (DIE). Objetivar la existencia de correlación clínicoimagenológica de la rehidratación discal. Revisar los beneficios de esta técnica como complementaria a la recalibración de Senegas. Analizar y comparar nuestra experiencia con la literatura mundial.

**Material y método.** Se revisaron retrospectivamente 7 pacientes con canal estrecho lumbar lateral degenerativo presentados en un período de dos años (febrero 2007 - marzo 2009), los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente mediante técnica de recalibración de Senegas con colocación de dispositivos interespinosos de distracción (se utilizaron 2 sistemas distintos de DIE). Todos los pacientes fueron estudiados a su ingreso con radiografías simples (frente, perfil y dinámicas) + IRM de columna lumbosacra y EMG de MMII. Se analizaron las historias clínicas y fichas de consultorios externos de los mismos y se recopilaron los estudios imagenológicos pre y postquirúrgicos. Se evaluaron las siguientes variables: elementos constitutivos de la estenosis del receso lateral; técnica empleada; DIE colocados; variación de la alineación sagital y altura intervertebral; grado de rehidratación discal por IRM; evolución clínica del dolor lumbar según EAD.

**Resultados.** Sobre un total de 7 pacientes, 3 fueron de sexo masculino y 4 femeninos, con una edad media de 49 años. El síntoma dominante fue la claudicación neurogénica de la marcha, seguido de lumbalgia con irradiación radicular. En 6 casos la mejoría clínica fue notable desde el postoperatorio inmediato y en los controles ulteriores, no así en 1 de ellos donde la técnica empleada fue insuficiente. En cuanto al tipo de patología, 5 de ellos presentaron canal estrecho lumbar lateral degenerativo monosegmentario y 2 multisegmentario, todos asociados a distintos grados de discopatía degenerativa (disco negro). Se realizó la recalibración del canal estenótico descrito por el Prof. Dr. Jacques Senegas en los niveles correspondientes a la sintomatología y se colocaron 8 dispositivos de DIE. Finalmente, se objetivó una mode-

rada rehidratación discal en 4 de 7 pacientes analizados hasta la fecha, con implicancias no significativas en la alineación sagital de la columna y en la altura intervertebral, pero con excelentes resultados en la evolución clínica del paciente.

**Conclusión.** Debido a la limitada muestra de casos incluidos en el presente trabajo, no fue posible establecer conclusiones estadísticamente significativas. No obstante, pudimos objetivar que, siempre y cuando se utilicen dichos dispositivos (DIE) como técnica complementaria a la recalibración de Senegas, en un paciente seleccionado y con una indicación precisa, la mejoría de los síntomas previos es notable y la recuperación es inmediata, dando como resultado una mínima alteración en la biomecánica vertebral y una restitución en la distribución axial de las cargas. El resultado final podría traducirse en una reversión del envejecimiento discal objetivable a través de una rehidratación discal por IRM.

### **Espaciadores Inter espinosos. Su utilidad y nuestra experiencia luego de 5 años**

G. BARREIRO

**Objetivo.** Evaluar la utilidad y los resultados obtenidos con el uso de los distintos tipos de espaciadores inter espinosos en la patología lumbar degenerativa.

**Método.** Se realizó un análisis retrospectivo de los últimos 5 años en el que se analizaron 136 pacientes que fueron intervenidos con patología degenerativa de columna lumbar. Se utilizó la escala de valoración visual análoga (VAS) para medir los resultados pre y postquirúrgicos inmediato y a 2 años. El diagnóstico se realizó a través de examen clínico, radiología simple e IRM estableciéndose criterios de inclusión y exclusión determinados.

**Resultados.** Fueron intervenidos 126 pacientes y se colocaron 148 implantes. El 43% fue de sexo femenino y el 57% de sexo masculino. La edad promedio fue de 53 años. El VAS pretratamiento fue de 8,4 y el VAS postratamiento de 2,6. La indicación más frecuente fue el canal estrecho segmentario (70%), seguido por la hernia discal voluminosa, el dolor lumbar discogénico y el dolor lumbar facetario. El espacio más tratado fue el L4-L5. Se obtuvo una muy buena en el 88,5% de los pacientes en el POP inmediato y del 72% a 2 años. Se presentaron 4 complicaciones postoperaciones inmediatas que fueron solucionadas y solamente 4 pacientes fueron intervenidos a través de otro procedimiento.

**Conclusión.** El uso de los espaciadores inter espinosos aporta una solución satisfactoria en el tratamiento de la patología degenerativa lumbar. Esta técnica es rápida y sencilla con muy buenos resultados y bajas complicaciones. La recalibración del canal espinal sumado a la distracción posterior mejora significativamente la recuperación inmediata de los síntomas previos.

### Tratamiento quirúrgico de patología degenerativa discal con dispositivos interespinosos y su seguimiento clínico-imagenológico

G. VERGARA, P. MARINO, N. ROURA, M. ROJAS

**Objetivo.** Definir diferencias clínicoimagenológicas en pacientes con patología discal lumbar tratados con disectomía y disectomía mas dispositivos interespinosos. (DIE).

**Material y método.** Estudio prospectivo randomizado de 40 pacientes que presentan patología degenerativa discal desde el año 2005 hasta 2009, divididos en 2 grupos de 20 pacientes tratados con disectomía un grupo y colocación de DIE el otro. Se analizaron el dolor referido y las imágenes realizadas por IRM pre y postoperatorias.

**Resultados.** En nuestro trabajo los signos y síntomas clínicos de los pacientes con cambios Modic mejoraron en un alto porcentaje de los casos en ambos grupos. Realizar una correcta indicación de la cirugía con DIE y/o disectomía simple es necesario para un buen resultado clínico.

**Conclusión.** Se puede determinar que los DIE y la disectomía no previenen en el 100% de los casos la aparición de CM, en aquéllos que previo a la cirugía los presentaban hay que tener presente la posibilidad de modificación o progresión de los mismos.

### Utilización de implante cervical semidinámico en un caso de fusión congénita de cuerpos vertebrales (Sindr. de Klippel Feil)

C. MAMANI, J. SHILTON, N. GOLDENBERG, G. GONZÁLEZ, R. SAYAVEDRA

**Objetivo.** Comunicar la utilización de un implante semidinámico en un caso de fusión congénita de dos vértebras cervicales (Síndrome de Klippel-Feil), para protección del espacio adyacente.

**Descripción.** Paciente 38 años, sexo femenino, sin antecedentes clínico-quirúrgicos de relevancia, quien consultó por cervicalgias de dos años de evolución, agravadas en los últimos seis meses. Posteriormente se asociaron dolores radiculares en miembro superior derecho, parestesias y alteración de la sensibilidad en región tenar homolateral. La radiografía simple evidenció una fusión congénita de los cuerpos vertebrales C5 y C6, con signos de cifosis segmentaria en el estudio dinámico. La resonancia magnética puso de manifiesto la existencia de una hernia discal a nivel C6-C7 con compresión radículo-medular. La presencia de un segmento fijo con cambios degenerativos en el espacio intervertebral inferior al mismo, podría generar hipermovilidad e incluso inestabilidad en los segmentos adyacentes en caso de nueva artrodesis, por lo cual se decidió la colocación de un implante cervical semidinámico (DCI).

**Intervención.** Se efectuó tratamiento quirúrgico con-

sistente en disectomía por vía anterolateral cervical, según técnica de Caspar, con preservación de los platlilos vertebrales y osteofitos anteriores para evitar artrodesis diferidas del espacio tratado. Se realizó resección de los osteofitos marginales y del ligamento longitudinal posterior. La instrumentación consistió en la colocación de un implante cervical semidinámico (DCI) bajo control radioscópico. Resulta esencial una correcta elección previa de las dimensiones de la prótesis así como el respeto de las normas de posicionamiento y parámetros de centrado en el espacio intervertebral. Bajo control radioscópico se evidenció adecuada posición de la prótesis. La paciente presentó buena evolución con desaparición del dolor y atenuación franca de las parestesias. Se indicó uso de collar cervical durante una semana. La radiología simple post-operatoria mostró adecuada posición de la prótesis en el segmento intervenido y los estudios dinámicos objetivaron movimientos controlados en la flexión y extensión. La resonancia magnética reveló la descompresión del canal a nivel de la disectomía y liberación de las estructuras nerviosas previamente comprometidas.

**Conclusión.** La preservación del movimiento en un paciente con fusión congénita previa motivó la colocación de un implante semidinámico.

### Cirugía de extrusión discal. Presentación de un caso

A. LACAL

**Objetivo.** Presentar el caso de una cirugía de extrusión discal.

**Descripción.** Se presenta un paciente masculino de 29 años, que ingresa por guardia con lumbociatalgia de meses de evolución con aumento del dolor en los últimos 12 días sin respuesta al tratamiento analgésico. El paciente presentaba impotencia funcional en miembro inferior izquierdo, Lassegue positivo a 5 grados e hipoestesia en territorio L5. La resonancia magnética objetivaba hernia discal posteromedial izquierda L5-S1, extruída sobre el receso lateral.

**Intervención.** Se realizó microdisectomía con colocación de distractor interespinoso. El paciente evolucionó sin dolor y con recuperación del déficit sensitivo.

**Conclusión.** El diagnóstico temprano y la intervención precoz en la extrusión discal es determinante para la evolución favorable del paciente.

### Tornillos cervicales posteriores: anatomía quirúrgica

J. LAMBRE, J. EMMERICH, F. RODRÍGUEZ, F. SOSA, P. RUBINO

**Objetivo.** Presentar las bases anatómicas de los tornillos para fijación de la columna cervical C3-C7 por vía posterior.

**Material y método.** Se utilizaron 3 vértebras aisladas

y desecadas por cada una de los segmentos subaxiales: C3-C7. Se reconocen los elementos del arco posterior y localizan los macizos articulares. Su forma es cuadrilátera con 6 superficies: posterior, anterior, superior, inferior y 2 laterales. A la superficie posterior se le trazan 2 líneas (horizontal y vertical) que pasan por el centro dividiéndola en 4 cuadrantes. Desde el cuadrante infero-interno se inicia con una mecha de 2,5 mm el conducto por donde penetrará el tornillo, en dirección al cuadrante supero-externo es decir de abajo hacia arriba y de adentro hacia afuera.

**Resultados.** En todos los casos se labró un canal de 2,5 mm de espesor pero que varía en su longitud, siendo a nivel C3: 7,5 ( $\pm$  2) mm y a nivel C7: 10 ( $\pm$  3) mm.

**Conclusión.** Tomando los reparos anatómicos antes enunciados (Técnica de Magerl) se pueden colocar tornillos de 3 y 3,5 mm de espesor para la fijación de la columna cervical (C3-C7) por vía posterior. La longitud de los tornillos puede ser a nivel C3 y C4: 14 a 16 mm y en C5, C6 y C7: 16 a 20 mm.

### Hernia discal postraumática C5-C6 y su resolución quirúrgica. Presentación de un caso

M. LAPREVENDE, J. MERCURI, J. REGO

**Objetivo.** Presentar un caso de hernia discal postraumática C5-C6 y su resolución quirúrgica.

**Descripción** Paciente de sexo masculino de 42 años con diagnóstico de hernia discal postraumática C5-C6. Al examen físico: alerta, orientado globalmente, pupilas isocóricas, reactivas. Kendall MMSS: 3/5 en flexo-extensión de muñeca y dedos, aducción y abducción de dedos, pinza digital a izquierda y extensión de brazo. ROT: vivos, clonus bilateral a predominio izquierdo. Se realiza IRM de columna cervical: protusión discal medial C3-C4, C4-C5, extrusión discal posterolateral izquierda C5-C6. Mielomalasia.

**Intervención.** Se realizó discectomía C5-C6, colocación de cage intersomático y fijación con placa y tornillos C5-C6.

**Conclusión.** Se realizó intervención quirúrgica para disminuir la lesión nerviosa y medular concluyendo con fijación de la misma.

### Laminoplastia cervical: la línea espinal posterior

J. LAMBRE, W. ISASI, J. EMMERICH, D. BRICHETTI,  
M. ESPECHE, M. PIROZZO

**Objetivo.** Describir la línea espinal posterior (LEP) y demostrar su importancia en la indicación y planificación de la laminoplastia cervical.

**Material y método.** Proyectamos la línea espinal posterior en las IRM cortes sagitales T2 de 20 pacientes operados mediante laminoplastia cervical. Se elige el segmento superior e inferior donde la médula esté

rodeada de LCR. Desde la unión de las laminas y ap. espinosa del segmento superior se traza una línea hacia el mismo punto del segmento inferior. Esta línea permite planificar los niveles que debe incluir la laminoplastia para lograr que la médula se reubique dentro del conducto raquídeo.

**Resultados.** En los 20 casos que se estudiaron, la proyección de la línea espinal posterior permitió una adecuada descompresión y reubicación medular dentro del conducto raquídeo, luego de la laminoplastia.

**Conclusión.** La LEP permite establecer la vía de abordaje anterior o posterior para la liberación medular cervical y además los segmentos que debe incluir la laminoplastia para una adecuada reubicación medular.

### Espondilolistesis lumbares. Nuestra experiencia con la fusión en 360°

A.F. CASSINI, R.T. GUTIÉRREZ, J.R. PRINA

**Objetivo.** Presentar nuestra experiencia inicial con la fusión en 360° en las espondilolistesis lumbares, basados en los resultados clínicos y radiográficos.

**Material y método.** Desde octubre del 2008 a la fecha se trataron 17 pacientes, 14 mujeres y 3 varones, con un promedio de edad de 56 años (35-73). Los niveles afectados fueron L2-L3 1 caso, L3-L4 1 caso, L4-L5 13 casos y L5-S1 3 casos. Se realizó fusión intersomática lumbar transforaminal (Tlif) en 11 ocasiones y en 6 fusión intersomática lumbar posterior (Plif). En todos los casos se asoció a artrodesis posterolateral.

**Resultados.** El seguimiento clínico y radiográfico de esta corta experiencia, nos ha mostrado una recuperación postoperatoria más precoz, con menos dolor y una deambulacion temprana, logrando una reinserción laboral en menor tiempo.

**Conclusión.** Esta técnica y los resultados clínicos, son alentadores, logrando mayor estabilidad vertebral con mayor calidad de fusión.

### Resolución espontánea de la hernia de disco lumbar: presentación de caso clínico

J. H. VALDERRUTÉN ROMERO, P. LANDABURU,  
C. MORENO, M. A. SÁEZ

**Objetivo.** Presentar un caso de hernia discal L2-L3 extruída y migrada con reabsorción espontánea.

**Descripción.** Paciente de 48 años con dolor ciático L4 izquierdo de 3 meses de evolución, sin déficit neurológico. La IRM evidenció extrusión discal L2-L3 posterolateral izquierda con migración caudal.

**Intervención.** El paciente rechaza el tratamiento quirúrgico propuesto y al cabo de 2 meses se observa remisión parcial del dolor. Se repite la IRM que muestra reabsorción del fragmento discal extruído.

**Conclusión.** La resolución espontánea de la hernia de

disco lumbar aguda es una alternativa en la evolución de esta patología, seleccionando la indicación quirúrgica a los síndromes dolorosos deficitarios o con dolor refractario al tratamiento médico.

### Factores predictivos en la cirugía correctiva de la deformidad vertebral

P. MARINO

**Objetivo.** Exponer factores predictivos en cirugía de corrección de disbalance espinal y deformidad vertebral.

**Material y método.** Se realizó revisión bibliográfica para generación de marco teórico y se presentan casos de pacientes tratados en nuestra institución a modo de ejemplificación.

**Conclusión.** La correcta interpretación de los estudios previos como el espinograma, radiografías dinámicas, IRM y TAC permiten realizar las mediciones respectivas para poder predecir el resultado de la corrección. El ángulo de inclinación pélvica, la incidencia pélvica, la inclinación sacra y la línea de la plomada facilitan el planeamiento de la cirugía a realizar. Dada la mayor tolerancia al disbalance coronal que al sagital, la cirugía debe enfocarse a la corrección del último, resultando en ocasiones insuficiente para reestablecer la alineación vertebral en bipedestación. Numerosos autores han destacado el valor de la pelvis como compensador del balance vertebral. Asimismo, deben considerarse otros factores como calidad y stock óseo, progresión de la deformidad, dolor o selección equivocada del paciente.

### Hematoma epidural espinal postoperatorio. A propósito de un caso

N. PICARD

**Objetivo.** Presentar un caso de hematoma epidural espinal postoperatorio

**Descripción** Paciente de 64 años de edad con antecedente de cirugía alejada de hernia discal L4-5. Ingresó por lumbociatalgia izquierda severa de 3 meses de evolución, con paresia del pie. La IRM mostró material discal (L3-4) herniado y migrado a caudal.

**Intervención** Se realizó discectomía microquirúrgica. La evolución postoperatoria inmediata fue excelente. Deambulando, a las 20 horas de concluida la operación, y mientras orinaba en el baño, comenzó con dolor de nuca que progresivamente irradió hacia tórax, instalando en 2 horas paraplejía con nivel sensitivo dorsal. Debido a los síntomas se realizó IRM cervical, dorsal y lumbar, donde se apreció una imagen isointensa en T1 e hiperintensa en T2 y STIR, de interpretación difícil, ya que comenzaba en L2-3, un nivel por encima del operado. Se realizó una hemilaminectomía izquierda desde L3 hasta 'duramadre sana' (D7). Pasados dos

meses del episodio el paciente no mostró recuperación. La IRM de control a las 5 semanas mostró áreas hiperintensas (STIR) parcheadas, fundamentalmente en médula dorsal; no se pudieron objetivar malformaciones vasculares espinales.

**Discusión.** El cuadro típico inicia dentro de las primeras seis horas de concluida la cirugía, con dolor local, parestesias, dolor radicular y déficit motor progresivo. La sospecha diagnóstica, complementada o no con neuroimágenes, seguida de la rápida evacuación de la colección, puede lograr la recuperación completa en un elevado porcentaje de pacientes. Factores predisponentes serían el antecedente de cirugía local previa, la laminectomía de más de un espacio, y la presencia de coagulopatía. El drenaje del lecho operatorio no parece ser un factor de riesgo en la aparición de estos hematomas. Estudios recientes han mostrado que hasta un 50% de los pacientes desarrollan hematomas que comprimen el saco dural, sin mayores síntomas. Los hematomas diferidos (aquellos que se producirían pasados los 3 días del procedimiento) han sido asociados con esfuerzos indebidos de la musculatura espinal.

## PATOLOGÍA TUMORAL

### Compresiones mieloradiculares tumorales. Casuística 2008 -2009

J. FIOL, O. MELIS, P. CARTOLANO, S. GIUSTA, H. KOATZ, M. GREGORI

**Objetivo.** Presentar 10 pacientes con compresiones medulares progresivas provocados por procesos tumorales, extradurales, intradurales extramedulares e intramedulares

**Descripción.** En un período de 14 meses (agosto 2008-octubre de 2009) fueron evaluados, diagnosticados y tratados 10 pacientes con compresiones medulares de origen tumoral de evolución prolongada, quedando excluidas en esta serie las compresiones metastásicas y traumáticas. Siete de sexo femenino (70%), y tres de sexo masculino (30%) con un rango etáreo entre 43 y 60 años con una media de 51 años. La localización topográfica de las lesiones fue la siguiente: cervicales, 1; dorsales, 6; lumbosacras, 3. Fueron diagnosticados por anatomía patológica: 4 Schwannomas, 3 meningiomas y 3 ependimomas.

**Intervención.** Se realizó en todos los casos abordaje medial posterior, laminectomía de dos o tres niveles con foraminotomía y/o facetectomía parcial cuando fue necesario; en los intradurales, diéresis dural medial y descarga lateral; y en los ependimomas, mielotomía medial posterior bajo magnificación óptica.

**Conclusión.** En todos los casos realizamos excéresis total de las lesiones, con remisión progresiva de la sintomatología neurológica. En ningún caso fue necesario realizar fijación instrumentada del raquis.

### Hematoma epidural dorsal espontáneo

N. LOMBARDI, P. CHIPOLINI, M. MALDONADO, M. LORENZO,  
M. MARCHETTI, A. ERAUSQUIN

**Objetivo.** Presentar un caso de hematoma epidural dorsal espontáneo.

**Descripción.** Paciente de sexo masculino de 26 años de edad sin antecedentes patológicos ni traumáticos previos, que presenta dolor a nivel interescapular, que progresa rápidamente a paraplejía flácida con nivel sensitivo D2-D3, arreflexia e incontinencia de esfínteres. Es estudiado con TAC e IRM de columna cervico-dorsal con y sin contraste, evidenciándose una imagen hiperdensa homogénea en la cara posterior del saco dural a nivel dorsal alto.

**Intervención.** Cirugía dentro de las primeras 6 horas de arribo a este nosocomio. El paciente evolucionó con secuela motora y esfinteriana definitiva, recuperando sensibilidad superficial. La IRM de control posoperatorio muestra señal de sufrimiento medular. Se realizó angiografía digital medular que no evidenció malformación vascular.

**Conclusión.** Los hematomas extradurales espontáneos constituyen una patología poco frecuente, no obstante debe ser considerado en el diagnóstico diferencial en todo paciente que presenta un deterioro abrupto de la función medular, requiriendo estudio y tratamiento precoz para evitar y minimizar las secuelas.

### Meningioma raquimedular. Presentación de un caso

L. SERNA

**Objetivo.** Presentar un caso de meningioma raquimedular.

**Descripción.** Paciente de sexo femenino de 61 años de edad que consulta a consultorios externos de neurocirugía por dolor dorsolumbar de 9 meses de evolución, que exacerba en el último mes y se asocia debilidad en miembros inferiores y disestesias en pies. Al examen físico se constata paraparesia leve, disestesia de nivel L1 izquierdas con predominancia en ambos pies, con alteración de la sensibilidad térmica y urgencia miccional, normorreflexia. Se interna para estudio y tratamiento en sala general de neurocirugía. Se realiza IRM de columna dorsal y lumbar en la cual se observa imagen intradural extramedular de 3 cm a nivel anterior de D10 y D11.

**Intervención.** Se realiza excéresis macroscópica total de tumor intradural extramedular con Simpson II. La anatomía patológica resulta meningioma fibroblástico. Actualmente paciente sin dolor, sin déficit motor, conserva esfínteres, refiere parestesias aisladas en miembros inferiores.

**Conclusión.** La excéresis completa del tumor es el tratamiento de elección y mejora el pronóstico.

### Tumor de células gigantes de la región lumbar

F. ORLANDINI, X. LAVELLA, M. ALTESE, D. ACORINTI,  
G. AJLER, A. YAÑEZ

**Objetivo.** Presentación y discusión de una patología tumoral infrecuente en la edad pediátrica.

**Descripción.** Paciente de sexo femenino de 11 años de edad, sin antecedentes patológicos previos, que comienza con dolor lumbar de 3 meses de evolución localizado en L3. En el perfil de la Rx de columna lumbosacra se observaron imágenes heterogéneas a nivel de L1 a L3 con compromiso de partes blandas. En la IRM se evidenció una lesión expansiva heterogénea predominantemente hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 y STIR en región del arco posterior de L3 y L4 con presencia de sectores quísticos. Sin compromiso del canal raquídeo.

**Intervención.** Se realizó laminectomía de L1 a L3 con excéresis total de la masa tumoral y resección de músculos paraespinales involucrados.

**Conclusión.** Se presenta el caso de un tumor de localización inusual en raquis y a su vez de presentación muy infrecuente en la edad pediátrica. Siendo la evolución del tumor de células gigantes poco predecible se discuten sus controvertidos tratamientos.

### Metástasis en el hueso sacro

M. LORENZO, E. LADAVAZ, P. JARA, C. FALCO

**Objetivo.** Mostrar la resolución quirúrgica de pacientes con dolor radicular invalidante, sin respuesta a tratamiento médico, e impotencia funcional progresiva a casusa de tumor sacro.

**Material y método.** Se presentan tres casos de pacientes con metástasis en el hueso sacro con dolor radicular progresivo e invalidante, sin respuesta al tratamiento médico, e impotencia funcional, tratados quirúrgicamente.

**Resultados.** Se realizó cirugía en los tres casos, liberación de las raíces nerviosas, por vía posterior, presentando los pacientes mejoría del dolor inmediata a la cirugía, realizándose diagnóstico de metástasis de sarcoma uterino en un caso y de adenocarcinoma de colon en los dos restantes.

**Conclusión:** En pacientes con metástasis en el hueso sacro, con dolor invalidante e impotencia funcional, la liberación radicular por vía posterior es una opción para mejorar la calidad de vida.

### Lipoma lumbosacro intra-extrarraquídeo en adultos. Presentación de dos casos

L. PEÑA, S. HEM, N. TEDESCO, E. VECCHI

**Objetivo.** Destacar la presencia de lipomas lumbosacros.

cross intradurales con disrafismo asociado en edad adulta, con síntomas progresivamente evolutivos por compresión y anclaje medular y proponer la reducción de la masa tumoral y desanclaje medular como alternativa quirúrgica.

**Descripción.** Se presentan dos pacientes adultos con lipomas lumbosacros de larga data, con estigmas cutáneos y disrafismo del canal raquídeo con cierre incompleto de arcos posteriores de L5 y vértebras sacras, que evolucionan en edad adulta con síntomas urinarios, motores y sensitivos asociado a gran masa tumoral en región lumbosacra palpable con extensión intrarraquídea.

**Intervención.** Ambos fueron operados confirmando el diagnóstico de lipoma, realizándose una exéresis tumoral subtotal y el desanclaje correspondiente.

**Conclusión.** El tratamiento quirúrgico de pacientes adultos con lipomas lumbosacros intrarraquídeos sintomáticos es aconsejable ya que permite detener la evolución del proceso compresivo y de tracción medular.

#### Subluxación atlantoaxoidea de etiología tumoral. Cordoma

S. HEM, L. PEÑA, N. TEDESCO, E. VECCHI

**Objetivo.** Mostrar un caso subluxación atlanta-axoidea de etiología tumoral y su resolución quirúrgica.

**Descripción.** Paciente de 78 años con antecedente de diabetes, hipotiroidismo, HTA, miastenia gravis que se presenta a la consulta con cervicalgia progresiva de 6 meses de evolución. Se realizan radiografías cervicales e IRM donde se observa proceso proliferativo a nivel de la apófisis odontoides y arco posterior de C2, importante subluxación atlanta-axoidea sin mielopatía asociada. Se realiza punción biopsia de odontoides, obteniéndose el diagnóstico de cordoma.

**Intervención.** La paciente es intervenida quirúrgicamente realizándose descompresiva C1C2 con fijación occipitocervical. Evolucionó favorablemente, siendo dada de alta al 5º día postoperatorio.

**Conclusión.** Se priorizó la descompresión y fijación craneocervical para la resolución de la inestabilidad C1C2 y tratamiento sintomático de la cervicalgia. Se contemporizó para un segundo tiempo la exéresis tumoral por vía transoral, teniendo en cuenta las comorbilidades de la paciente y la ausencia de mielopatía.

#### Complicación grave en el postoperatorio inmediato de unependimoma medular cervical

N. TEDESCO, S. HEM, L. PEÑA, E. VECCHI

**Objetivo.** Presentar una complicación grave e infrecuente en el postoperatorio inmediato de unependimoma cervical.

**Descripción.** Paciente masculino de 49 años de edad

conependimoma cervical intradural e intramedular ubicada entre C2 y C4 con edema asociado.

**Intervención.** Se realiza exéresis tumoral completa bajo técnica microquirúrgica mediante abordaje posterior sin complicaciones intraoperatorias. El paciente se extuba en quirófano y pasa a UTIA: hemodinámicamente estable, eupneico, orientado en tiempo y espacio, movilizándolo 4 miembros. A las 2 horas de la cirugía presenta un cuadro de deterioro súbito de la conciencia seguido de paro respiratorio. Se realiza intubación orotraqueal inmediata y TAC e IRM de urgencia, donde se observa edema perilesional y neumoencéfalo. Se administran altas dosis de corticoides y se realiza carga de DFH. El paciente evoluciona con restitución ad integrum en el transcurso de pocas horas.

**Conclusión.** Analizando la bibliografía disponible y la casuística de nuestro servicio, concluimos que este tipo de eventos constituyen una complicación poco frecuente pero potencialmente muy grave, por lo debe ser tenida en cuenta.

#### PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

#### Vertebrectomía total por vía posterior en el tratamiento de fractura torácica tipo "C". Presentación de un caso

A. CORRALES, P. BARBIZAN

**Objetivo.** Presentar un caso de fractura torácica tipo C de la clasificación AO, con ASIA A, cifosis angular de 35º, tratada en un tiempo y por único abordaje.

**Descripción.** Mujer de 23 años caída de altura con rescate inadecuado que ingresa 4 horas más tarde al centro médico, al examen presenta lesión neurológica completa (ASIA A). Accede al protocolo de metilprednisolona luego del cual no modificó su déficit. En los estudios radiológicos presenta una fractura T10 con lesión de las tres columnas, translación sagital, rotación, invasión del canal >50% y cifosis angular de 35º.

**Intervención.** Se realiza una vertebrectomía total por vía posterior, usando abordaje de costotransversotomía bilateral se coloca sistema transpedicular poliaxial con barra transitoria. Luego con técnica de osteotomía de sustracción pedicular ampliado (Eggshell) se logra la exéresis completa de T10 incluyendo los discos supra e infrayacentes. Posteriormente se cambian las barras por las definitivas y se procede al acortamiento vertebral progresivo (cirugía de hemivértebra) hasta poner en contacto los platillos de T9 con T11. Se cierra el sistema en compresión. La vértebra extirpada se usa como injerto. Se consigue corrección total de la cifosis y cinco meses después la columna se mantiene estable y con signos radiológicos de fusión.

**Conclusión.** La utilización de varias técnicas ideadas para resolver patologías no traumáticas: costotransversotomía bilateral, osteotomía de sustracción pedicular, acortamiento vertebral, etc., fueron útiles para este

caso ya que permitieron corregir la inestabilidad y la deformidad restableciendo sólidamente la columna anterior con solo una cirugía.

lesión neurológica permanente por compresión medular si no se actúa en forma temprana.

### Fracturas toracolumbares, 15 años de seguimiento

P. MARINO, N. ROURA, M. FERREIRA, E. CASTELLANI

**Objetivo.** Demostrar, a través de nuestra experiencia, que la técnica de fijación transpedicular para las fracturas del segmento toracolumbar es la más apropiada, ya que determina una buena reducción de la fractura, revierte la cifosis generada por la fractura y la reducción del diámetro del canal medular revierte tras la reabsorción del segmento óseo intracanal.

**Método.** Revisión retrospectiva de los casos de fracturas toracolumbares tratadas en nuestro Servicio entre 1995 y 2009.

**Resultados.** Se evaluaron 30 pacientes, 19 hombres y 11 mujeres, con una edad promedio de 45 años. A 27 se les efectuó tratamiento quirúrgico y a 3 tratamiento conservador.

**Conclusión** Los pacientes tratados quirúrgicamente presentaron mejoría del déficit neurológico en un 30% de los casos ; se observó sólo un caso de cifosis postoperatoria y en controles posteriores se observó que el diámetro del canal se recuperó casi por completo.

### Neumorraquis: a propósito de un caso

C. PIERONI, C. GUERRA, F. MARTINEZ, J. MERCURI

**Objetivo.** Presentar un caso de neumorraquis traumático, secundario a herida de arma de fuego en tórax.

**Descripción.** Paciente de 18 años que ingresa en el Servicio de emergencia por heridas de arma de fuego en el tórax. Se realiza la evaluación del paciente según normas de ATLS, observando disminución del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo y en el examen neurológico paresia severa crural derecha y plejía crural izquierda, acompañada de hipoestesia desde T2 bilateral, hiporreflexia en miembros inferiores e hipotonía del esfínter anal y vejiga neurogénica. Se realizan TAC de tórax y columna cervical y dorsal, donde se evidencia hemoneumotórax izquierdo, fractura de T2-T3 y una imagen de densidad aérea rodeando la médula en columna cervical y dorsal alta.

**Intervención.** Se realiza hemilaminectomía T2-T3 con exploración medular y se constata una fístula pleura-epidural la cual se oblitera con un colgajo de músculo antólogo. Actualmente el paciente se encuentra sin déficit motor ni sensitivo ni alteración de esfínteres.

**Conclusión.** Si bien la neumorraquis es una entidad generalmente benigna cuyo diagnóstico no es tan importante como el de la causa subyacente y la resolución de la misma, puede en algunos casos producir

### Fractura de Jefferson, tratamiento conservador. Presentación de un caso clínico

D.E. DÍAZ VÉLEZ

**Objetivo.** Presentar un caso de fractura de Jefferson

**Descripción.** Paciente masculino, de 46 años de edad, con antecedentes de traumatismo cervical previo, con fractura de C5 por la cual fue intervenido quirúrgicamente en otro Servicio en diciembre de 2003 según refiere. Ingresa derivado de un centro público, luego de protagonizar un accidente automovilístico, con inmovilización cervical con collar de Philadelphia; presenta diparesia y en las radiografías cervicales se observa fractura del atlas tipo Jefferson asociada a fractura de la apófisis odontoides del axis. Por IRM de columna cervical se observa lesión compatible con contusión medular y por TAC de columna cervical se observan múltiples trazos de fractura del arco anterior y posterior del Atlas, posible trazo de fractura en apófisis odontoides.

**Intervención.** Se decide realizar inmovilización con Halo Vest durante 18 semanas, frecuentes controles clínicos, radiográficos, por tomografías e IRM de la columna cervical.

**Conclusión.** Actualmente el paciente se halla bajo rehabilitación motriz, refiere dolor occipital, persiste bajo controles por consultorio de neurocirugía.

### Evolución atípica de fractura vertebral T12 de resolución compleja

J.L. BUSTAMANTE, O. TROPEA, N. ALMENARES, N. MAROGNA

**Objetivo.** Presentación de un caso de un paciente con fractura vertebral Tipo C1 en nivel T XII.

**Descripción.** Paciente femenino de 24 años que presentó una fractura vertebral torácica XII tipo C1 secundaria a accidente automovilístico. Se realizó una primera cirugía en un centro cercano al lugar del accidente, con fijación posterior (barras y ganchos sublaminares). Buena evolución de inicio, presentando posteriormente cifosis angulada y dolor toracolumbar progresivos.

**Intervención.** Ingresó con Frankel C a nuestro hospital, con compresión medular y presentando material protésico fuera de lugar; se extrajo el mismo para evitar su exposición cutánea y se realizó fijación transitoria con alambreado TXI - LI. A pesar de esto evoluciona a Frankel B. En un segundo tiempo, se realizó liberación 360° con artrodesis TX-LII (barras, tornillos transpediculares y Mesh de titanio). Evoluciona favorablemente. Actualmente Frankel C mejorando.

**Conclusión.** El 64% de las fracturas vertebrales se producen en la unión toracolumbar. De las tipo C el 75% tienen déficit neurológico, la mayoría irreversible,



a pesar del tratamiento instaurado. El caso presentado tuvo una evolución atípica con notable mejoría del compromiso neurológico.

### Fractura L2: tratamiento por vía anterior

M. PIROZZO, J. MANDOLESI, G. BAIKAUKAS, L. LUQUE

**Objetivo.** Presentar el caso resuelto por vía anterior de una fractura L2.

**Descripción.** Paciente masculino de 50 años que sufrió una caída de altura el 5-3-10 por lo que fue derivado a nuestro hospital por fractura L2 y déficit neurológico parcial: dolor dorsal alto invalidante, paresia 4/5 del cuádriceps derecho e hipoestesia de la cara anterior del muslo derecho. La Rx simple mostró aplastamiento del cuerpo y aumento de la distancia interpedicular L2. La TAC y la IRM mostraron compresión del cono medular por fragmentos del muro posterior que ocupan el 80% del conducto en cortes axiales. La fractura es del tipo estallido (Denis) o A3 (AO).

**Intervención.** Fue intervenido quirúrgicamente el 22-3-10; mediante lumbotomía izquierda se realizó una corpectomía parcial L2 para descomprimir el conducto y colocación de jaula de titanio rellena de autoinjerto óseo. Se asocia fijación L1-L3. Muy buen postoperatorio siendo dado de alta, asintomático y deambulando con corset el 10-4-10.

**Conclusión** Debido al buen estado clínico, características físicas, edad y tipo de tareas laborales del paciente adherimos a la intervención por vía anterior.

### Abordaje anterolateral a C2-C3. Nota técnica.

J. LAMBRE, E. SALAS, V. ESTEFAN, M. PIROZZO, N. MAROGNA

**Objetivo.** Presentar nuestra experiencia (nota técnica) en el abordaje por vía anterolateral de distintas patologías ubicadas en el cuerpo vertebral C2-C3.

**Material y método.** Presentamos la técnica quirúrgica utilizada para el tratamiento de 5 casos con distintas patologías a nivel C2 y C3: una fractura C3, 2 metástasis C2 y C3 y 2 tumores primarios: uno de células gigantes C2-C3 y un osteoma osteoide C2.

**Nota técnica.** Mediante cervicotomía horizontal, disección del M. Platisma y tejido celular subcutáneo hasta la aponeurosis cervical superficial. Apertura de la aponeurosis y ligadura del Tr. venoso tiro-linguo-facial. Disección roma laterofaríngea y reconocimiento del tendón intermedio del M. digástrico además del N. hipogloso. Se reconoce el plano profundo formado por la aponeurosis cervical profunda y los músculos recto anterior mayor y largo del cuello; en la línea media se encuentra la cara anterior de los cuerpos vertebrales C2-C3 y C4. Se confirma la posición mediante radioscopia y se colocan separadores de partes blandas para una adecuada exposición. Se resuelve la patología que

motivó el tratamiento quirúrgico: liberación medular mediante corpectomías y reconstrucción mediante injertos o jaulas intersomáticas + placas con tornillos.

**Conclusión.** El abordaje anterolateral mediante cervicotomía horizontal permite la adecuada exposición de C2 y C3. La técnica es similar en cuanto a los gestos para un cirujano habituado a la vía anterolateral de C4 a C7.

### Fractura de odontoides tipo II (Anderson – D´Alonzo): discusión de un caso clínico.

M. VARELA, P. LANDABURU, J. VALDERRUTÉN ROMERO, M. SÁEZ, M. PLATAS

**Objetivo.** Discutir el tratamiento quirúrgico, de un caso clínico de fractura de odontoides tipo II (C2) y revisión bibliográfica.

**Descripción.** Paciente de sexo femenino de 65 años de edad que sufre politraumatismo con traumatismo raquimedular en un accidente automovilístico. Al examen físico se objetiva tetraplejía flácida con compromiso de músculos respiratorios (diafragma). Se realiza IRM en la cual se constata fractura inestable de odontoides tipo II (Anderson-D´Alonzo) y luxación C1-C2.

**Intervención.** Se realizó un primer tiempo quirúrgico de urgencia, que consistió en la colocación de un Halo Vest lográndose una reducción de la fractura y la luxación con correcta alineación de la columna cervical y traqueotomía reglada, luego en un segundo tiempo se realizó una artrodesis por vía posterior "combinada" con una lazada C1-C2 y fusión de C1 a las masa laterales – C2 a la pars interarticularis con barra de fijación lateral. La paciente evolucionó con recuperación de la mecánica ventilatoria y parcial de la motilidad activa.

**Conclusión.** Se destaca el manejo quirúrgico precoz frente a la patología raquimedular de origen traumático que posibilitó la rehabilitación temprana. Se discuten opciones terapéuticas.

### Abordaje posterolateral retrocavitario en patología de urgencia. Nuestra experiencia con 8 casos

P. JALÓN, T. FUNES, E. CARRASCO, S. GONZÁLEZ ABBATI, J.J. MEZZADRI

**Objetivo.** Describir una serie de 5 pacientes con patología de urgencia tratados quirúrgicamente utilizando un abordaje posterolateral retrocavitario, resaltando las características técnicas del procedimiento y su utilidad para el manejo de este tipo de patología.

**Descripción.** Se presenta una serie de 5 pacientes con patología que compromete la porción anterior de la columna dorsal, intervenidos de urgencia, utilizando un abordaje posterolateral retrocavitario, durante un período de cinco años. De los 5 pacientes, 3

presentaban patología de origen traumática y 2 infecciosa.

**Intervención.** En todos los casos se realizó artrodesis con tornillos transpediculares, en 2 casos la instrumentación se realizó en un segundo tiempo. En toda la serie la descompresión del canal medular fue satisfactoria, verificada por estudios por imágenes.

**Conclusión.** El abordaje posterolateral retrocavitario ofrece una adecuada exposición de las estructuras de la porción anterior de la columna dorsal, con un nivel de complejidad que lo hace una correcta opción para el manejo quirúrgico de urgencia de la patología que afecta dicha región.

### Fractura torácica alta tipo A 3: elección del abordaje quirúrgico

J.R. PRINA, R. GUTIÉRREZ, F. CASSINI

**Objetivo.** Presentar un caso de fractura torácica alta tipo A3

**Descripción.** Paciente de 45 años de edad de sexo masculino triatlonista, que sufrió un accidente de tránsito en un entrenamiento embistiendo con la cabeza un vehículo detenido. Como consecuencia presentó una pérdida transitoria de conocimiento sin lesiones encefálicas y una fractura de la vértebra dorsal 3 con acuñamiento anterior, distensión ligamentaria posterior y compromiso del canal con leve compresión medular anterior, sin déficit neurológico.

**Intervención.** Se realizó un abordaje posterior con un sistema de tornillos transpediculares que permitió una reducción de la fractura. Se colocaron tornillos de D1 a D6.

**Conclusión.** La elección del abordaje posterior se consideró muy apropiada en este caso ya que permitió reducir, alinear y estabilizar la fractura, como así también descomprimir la médula. El paciente volvió a practicar su actividad de triatlonista.

## PATOLOGÍA MALFORMATIVA

### Siringomielia: opciones terapéuticas

T. FUNES, L. DOMITROVIC, P. JALÓN, F. FERNÁNDEZ MOLINA, A. GUIROY, J.J. MEZZADRI

**Objetivo.** Describir las opciones terapéuticas empleadas en el manejo de la siringomielia en el período 2000-2009 y revisar la literatura del tema.

**Material y método.** Se revisaron las historias clínicas de 12 pacientes con siringomielia en el período 2000-2009 (11 mujeres y 1 hombre). La causa fue: Chiari I en 10 casos, Chiari II en 1 caso e idiopática en 1 caso. Se

consideraron las siguientes opciones terapéuticas: descompresión cráneo-espinal con plástica dural como tratamiento inicial y derivación extra o intratecal en los casos refractarios. Los resultados postoperatorios fueron evaluados con la escala de Odom (clínica) y el índice de Vaquero (imágenes).

**Resultados.** En todos los casos se practicó una cirugía descompresiva de fosa posterior con plástica dural. La clínica de siringomielia no mejoró en 7 casos (Chiari I en 6 casos e idiopática en 1 caso). De los 7 casos, se realizó derivación siringo-pleural en 6 casos (Chiari I en 5 casos e idiopática en 1 caso) y derivación siringosubaracnoidea en 1 caso (Chiari I). La respuesta clínica a la derivación (escala de Odom) fue buena en 5 casos y regular en 2 casos con mejoría imagenológica (índice de Vaquero) en todos los casos.

**Conclusión.** Los casos de siringomielia que no mejoran con la descompresiva de fosa posterior más plástica dural son candidatos a la derivación intra o extratecal. La derivación siringopleural es una técnica sencilla con buena respuesta clínica e imagenológica. Se reserva la derivación siringosubaracnoidea para dilataciones de ubicación cervical. En la literatura está descrita también la derivación siringoperitoneal, la derivación siringocisternal y la liberación de adherencias aracnoideas en los casos de fibrosis asociada.

### Quiste aracnoideo espinal extradural: incidental, traumático, malformación congénita oculta. Presentación de casos

P. LUCATTI, C. MONTENEGRO, P. SALADINO

**Objetivo.** Comunicación de casos, revisión de la literatura y evaluación de fisiopatología.

**Material y método** Presentamos casos de quiste aracnoideo espinal extradural, quienes presentaron una evolución de la sintomatología mayor a 6 meses sin antecedentes traumáticos. Consultan por paraparesia severa, con hiperreflexia, clonus, ataxia y nivel sensitivo; sin pérdida del control de esfínteres. En ningún caso se observó dolor radicular. El diagnóstico se realizó por medio de IRM. Se completó la exéresis microquirúrgica de la lesión, observándose lesiones quísticas extradurales comunicadas a través de defecto dural con el espacio intradural. La anatomía patológica demostró quiste aracnoideo. Se planteará el posible origen fisiopatológico.

**Resultados.** Luego de la exéresis quirúrgica se obtuvo una rápida recuperación de las funciones neurológicas con restitución a su actividad habitual antes de los 3 meses.

**Conclusión.** Se trata de una patología poco frecuente, de origen incierto; el método diagnóstico de elección es la IRM. Son lesiones benignas y en caso de ser sintomáticas su tratamiento es quirúrgico.

### Médula anclada: lipoma del cono medular

X. LAVELLA, F. ORLANDINI, M. ALTESE, O. LANDONI, A. YAÑEZ

**Objetivo.** Determinar la importancia quirúrgica del lipoma del cono medular dentro de los disrafismos raquimedulares en la población pediátrica.

**Descripción.** Paciente femenina de 11 años de edad que concurre a la consulta por lipoma subcutáneo de la región lumbosacra. Presenta antecedente de síndrome malformativo craneofacial (encefalocele frontoetmoidal, paladar y labio hendido). Al examen físico presenta fuerza y sensibilidad conservada, buen control de esfínteres. Estudio urodinámico normal. En Rx de columna lumbosacra (FyP), se observa aumento de la distancia interpedicular a partir de L3 y ausencia de las láminas a partir de S1. En IRM lumbar y sacra: médula descendida hasta L5, e imagen hiperintensa en T1 y T2 compatible con tejido adiposo que involucra el tejido celular subcutáneo lumbosacro a través de un defecto a nivel de S1, comunicándose con el contenido intraespinal y finalizando de forma término-terminal al cono medular.

**Intervención.** Se realiza laminotomía L4-L5 con exéresis de lipoma dorsal término-terminal, extra e intradural con identificación de raíces extralipomatosas tipo I y desanclaje medular.

**Conclusión.** Se destaca la importancia de un diagnóstico e intervención quirúrgica precoces, evitando así la aparición o progresión de síntomas y secuelas neurológicas severas e irreversibles.

## PATOLOGÍA INFECCIOSA

### Osteomielitis cervical C1-C2

D. MORALES, P. LANDABURU, L. LUQUE, V. AMERIO,  
G. FOENQUINOS, M. PLATAS

**Objetivo.** Comunicar un caso infrecuente de osteomielitis cervical C1-C2 asociado a absceso retrofaríngeo

**Descripción.** Paciente masculino, de 60 años, con antecedentes de artritis séptica de rodilla y meningitis bacteriana a *S. Aureus* hace 4 meses para las cuales realizó tratamiento antibiótico específico. Debuta con cuadriparesia espástica progresiva y asimétrica a predominio de miembros superiores y cervicalgia. Laboratorio: neutrofilia y eosinofilia. Rx de columna cervical: luxación C1-C2. TAC de columna cervical: rarefacción de apófisis odontoides. IRM de columna cervical con gadolinio: imagen prevertebral que realza con la administración de contraste EV compatible con absceso retrofaríngeo y disrupción ligamentaria.

**Intervención.** Se decide en primera instancia la reducción cerrada e inmovilización con halo-vest. Luego se realiza evacuación de absceso retrofaríngeo por vía transoral. El cultivo del absceso arrojó: *S. epidermidis* sensible a Vancomicina y Tetraciclina y *S. parasanguinis* sensible a Penicilina. Recibe tratamiento antibiótico

específico. Evoluciona favorablemente con recuperación parcial del foco deficitario manteniendo realineación obtenida.

**Conclusión.** Nos parece importante comunicar el caso debido a la infrecuencia de este tipo de presentación clínica y destacar el diagnóstico precoz.

### Absceso epidural T8-9-10. Descripción de un caso

A. PILAFIS, O. FRANZE, O. TROPEA, M. PIROZZO

**Objetivo.** Describir la evolución favorable de un paciente con paraplejía de 36 horas de evolución por absceso epidural.

**Descripción.** Paciente masculino, 31 años, antecedente de forunculosis, con epigastralgia y dorsalgia, sin respuesta a AINES. Evoluciona con déficit neurológico, paraplejía con hipoestesia en T10 y esfínteres en 36 hs. La IRM de columna muestra una imagen epidural posterior, hiperintensa en T2, iso-hipointensa en T1 que capta contraste, con compresión medular T8-9-10.

**Intervención.** Se indica laminectomía T8-9-10 y evacuación del empiema. Se policultiva. Inicia tratamiento con vancomicina + rifampicina + ceftriaxona empíricos. Rescatando estafilococo meticilino resistente de material quirúrgico, se discontinúa ceftriaxona y completa antibiótico por 21 días, mejorando déficit sensitivomotor y esfínteres.

**Conclusión.** Los abscesos epidurales deben contemplarse ante dorsalgias, fiebre e hiperestesias en el raquis; siendo factores de riesgo: diabetes, drogadicción endovenosa, IRC y alcoholismo. Sólo un 15% debutan con signos de lesión dérmica (forunculosis). Si bien la media de manifestaciones es de 3 días, es atípico que mejoren una vez instalado el déficit neurológico grave, aun operándose en las primeras 12 hs de completado el cuadro, aunque algunos trabajos alientan la recuperación.

### Cifosis angular cervical posttuberculosis

L. LUQUE, N. MAROGNA, A. PILAFIS, J. LAMBRE

**Objetivo.** Presentar un caso no resuelto de patología infecciosa compleja C4-C5.

**Descripción.** Paciente femenino de 58 años con antecedentes de tuberculosis (TBC) pulmonar tratada y TBC ósea C4-C5 con un año de tratamiento, siendo dada de alta por infectología. Consulta por monoparesia braquial derecha y dolor cervical.

**Intervención.** La Rx cervical simple muestra cifosis angular C4-C5. La TAC con reconstrucción evidencia severa destrucción del cuerpo de C5 y en la IRM se evidencia una médula siguiendo la deformación en cuello de cisne.

**Discusión.** Se plantea tratamiento quirúrgico mediante doble abordaje, vía anterior y vía posterior para liberación, reducción y fijación.