

# Resúmenes de los trabajos presentados en Neuro Raquis 2014

## **Dislocación sacroilíaca: presentación de un caso y revisión de alternativas terapéuticas**

Ignacio J. Barrenechea, Carlos Bozzetti

*Sanatorio Los Alerces; Rosario (SF)C*

*drbarrenechea@fibertel.com.ar*

**Objetivo y caso clínico:** el tratamiento de la dislocación sacroilíaca puede ser llevado a cabo mediante diversas técnicas de estabilización quirúrgicas. Debido a la ausencia de estudios que alcancen evidencia clase I o II, no hay actualmente prueba científica que avale la superioridad de algún método sobre otro. Nuestro objetivo es presentar un caso de fractura del anillo pélvico con dislocación sacroilíaca en un paciente varón de 28 años, la cual fue resuelta quirúrgicamente; y discutir las diferentes alternativas quirúrgicas para lograr la estabilización de esta articulación.

**Intervención:** a través de una incisión lumbosacra mediana y mediante la técnica de Galveston, se realizó una instrumentación con 2 tornillos transpediculares en S1 y 2 tornillos ilíacos derechos. Previa escarificación de ambas superficies articulares, se colocó hueso autólogo en la articulación sacroilíaca derecha y se fijaron los 4 tornillos bajo compresión.

**Resultados:** no hubo complicaciones neurológicas ni infecciosas luego del procedimiento. El paciente comenzó a deambular a las 24 hs. de la cirugía. Luego de 7 meses de seguimiento, no ha habido signos de pseudoartrosis y el paciente puede caminar sin restricciones.

**Conclusión:** la técnica de Galveston probó ser de gran utilidad para el tratamiento de esta dislocación. Permite cargar la articulación en forma inmediata y no mostró signos de movilización del material protésico luego de 7 meses de seguimiento. En comparación con las técnicas que utilizan tornillos percutáneos iliosacros, esta técnica resultó de fácil aprendizaje dada la familiaridad de los cirujanos espinales con la instrumentación ilíaca.

\*\*\*

## **Sciwora dorsal en paciente pediátrico**

Dr. Buratti, Sebastian ; Belziti, Hector; Fontana Horacio; Beldi Maria Florencia; Carlomagno Guido

*Servicio de Neurocirugía Hospital Central y Hospital Materno Infantil San Isidro.*

**Objetivo:** describir un caso de lesión medular sin evidencia de lesión radiológica a nivel dorsal en paciente pediá-

trico generado por un traumatismo de baja energía.

**Descripción del caso:** se trata de un paciente del sexo femenino de 9 años de edad que realizando actividad física sufre traumatismo raquímedular en extensión realizando "el puente". Consulta por dorsalgia de 24 hs que evoluciona a paraplejía progresiva, incontinencia urinaria, sin trastornos en la sensibilidad. Se realizan rx de raquis normales. Se completan los estudios con TAC no muestra fracturas y RMN con lesión hiperintensa en T1-T2 y stir a nivel D8-D9 con extensión a cono y epicono (edema). La paciente evoluciona con mejoría paulatina de su déficit y en la RMN de control al mes se observa desaparición de los signos de edema a nivel medular. La paciente recibió tratamiento médico con metilprednisolona e inmovilización y actualmente se encuentra con completa remisión de los síntomas.

**Discusión:** el sciwora es un acrónimo para definir la lesión medular sin evidencia de lesión radiológica que fue descrito por primera vez en 1982 por Pang y Wilberger. Es más frecuente en pediatría y sobretodo en la región cervical dada la laxitud constitucional del raquis del niño. Los estudios por imágenes radiológicas no presentan lesiones óseas ni desplazamientos. Con respecto a la localización dorsal corresponde al 13% y en general está asociado a traumatismos de alta energía situación que no ocurrió en nuestro paciente. Por otro lado la lesión del SCIWORA es reversible sobre todo si la misma no es completa como en el caso descrito.

**Conclusión:** se describió un caso de SCIWORA dorsal en paciente pediátrico, una patología a considerar en este grupo etario. Queremos remarcar lo poco frecuente de la localización dorsal y que la misma no se debió a un trauma de alta energía como esta descrito en la literatura.

\*\*\*

## **Fracturas toracolumbares: resultados del tratamiento quirúrgico y evolución neurológica en una serie de 8 casos (2012-2013)**

Ariel Sainz, Leopoldo Luque, Darío Morales, Matías Sotelo, Martín Asem, Marcelo Platas

*Servicio de Neurocirugía HIGA Presidente Perón de Avellaneda*

*arieledgardosainz@hotmail.com*

**Objetivo:** analizar los resultados quirúrgicos obtenidos y la evolución neurológica en una serie de 8 pacientes con

fracturas toracolumbares operados mediante abordaje anterior, posterior y combinado.

**Material y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo en el cual se analizaron historias clínicas, partes quirúrgicas y exámenes complementarios de pacientes con fracturas toracolumbares intervenidos mediante abordaje anterior, posterior y doble vía. La clasificación de Vaccaro fue utilizada para estadificar los distintos tipos de fracturas. Se evaluó el estado neurológico inicial y el control evolutivo utilizando la escala de Frankel.

**Intervención:** en el periodo 2012-2013 fueron intervenidos 8 pacientes por fracturas toracolumbares. Seis fueron de sexo masculino y dos de sexo femenino. El mecanismo de trauma fue por caída de altura en seis y accidente con motocicleta en dos, el promedio de edad fue de 32,6 años. Todos los pacientes en los que se indicó la cirugía tenían un score mayor o igual a cuatro en la clasificación de Vaccaro. El abordaje posterior fue indicado como único tratamiento en seis casos, en un paciente se eligió vía anterior y en el caso restante abordaje combinado. El estado neurológico inicial fue de Frankel A en un enfermo, Frankel C en tres casos y Frankel E en los cuatro restantes. El estado neurológico a los 6 meses de seguimiento evidencio una mejoría del Frankel de dos puntos en los pacientes que presentaron Frankel C, en tanto que el resto no presento modificaciones.

**Discusión:** el objetivo principal del tratamiento quirúrgico es preservar o restablecer las funciones neurológicas y biomecánicas de la columna. La correcta selección y manejo de ambos tipos de abordaje (vía anterior y posterior) es clave para cumplir con dicho objetivo. En esta serie evidenciamos mejoría clínica en todos los pacientes que presentaban déficit neurológico incompleto.

**Palabras claves:** Fracturas Toracolumbares; Trauma Raquimedular; Tratamiento Quirúrgico

\*\*\*

### Lesiones Vertebrales Secundarias a Enfermedades Oncohematológicas. Reporte de 3 Casos

Dario Morales, Ariel Sainz, Matias Sotelo, Leopoldo Luque, Marcelo Platas, Jorge Lambre  
*HIGA Pte. Perón de Avellaneda, Servicio de Neurocirugía  
 mochodario@hotmail.com*

**Objetivo:** comunicar 3 casos de pacientes con lesiones vertebrales secundarias a enfermedades oncohematológicas sistémicas intervenidos quirúrgicamente en los últimos 2 años.

**Material y métodos:** se analizaron historias clínicas, estudios por imágenes y partes quirúrgicas de 3 pacientes que presentaron lesiones vertebrales, fueron intervenidos

y cuyo resultado anatomopatológico revelo la presencia de mieloma múltiple (2 casos) y linfoma.

**Descripción:** El primer caso, una paciente de 60 años, con paraparesia espástica, nivel sensitivo T4 y vejiga neurogénica. Presentaba lesión a nivel C7-D1-D2 con compromiso anterior e invasión del canal central. Centellograma y análisis de laboratorio normales. Se realizó corporectomía D1 y resección tumoral, de platillos C7 y D2, colocación de malla con injerto y placa atornillada por vía anterior. Evolución favorable con mejoría motora. El resultado arrojo Mieloma múltiple y continuo tratamiento correspondiente. El segundo caso, masculino de 65 años, paraparesia moderada, sin nivel sensitivo ni compromiso esfinteriano, tenía lesión ocupante a nivel D2 con compromiso posterior y ocupación del canal medular. Resto de estudios normales. Se realizó laminectomía D2 y exéresis tumoral por vía posterior. Evoluciono favorablemente con mejoría del déficit previo. El **resultado:** mieloma múltiple, en plan de tratamiento oncohematológico. El último caso, una paciente de 64 años, con paresia braquial derecha proximal y cervicobraquialgia. Presentaba una lesión ocupante a nivel C5 con compromiso posterior y del canal central. Se realizó laminectomía C5 y exéresis de la lesión por vía posterior. Evoluciono favorablemente con mejoría del dolor. El resultado analizado revelo Linfoma no Hodgkin de células B periféricas y se encuentra en seguimiento por hematología.

**Conclusión:** del análisis obtenido observamos que todos los pacientes debutaron con déficit neurológico y sin signos sintomatología de enfermedad sistémica por lo que se llegó al diagnóstico luego de la intervención quirúrgica. Cabe destacar que los estudios de laboratorio y centellograma fueron normales. La edad promedio fue de 63 años con ligero predominio femenino. Se destaca la mejoría de los síntomas luego del tratamiento quirúrgico instaurado

**Palabras clave:** Lesión Vertebral; Mieloma Múltiple; Linfoma No Hodgkin

\*\*\*

### Vertebroplastia y cifoplastia: ventajas y desventajas. Resultados

Gustavo Barreiro  
*Htal. Zonal Bariloche, Sanatorio del Sol, Htal. Privado Regional, Bariloche, Río Negro  
 gbarreiro06@gmail.com*

**Objetivos:** mostrar las ventajas y desventajas de la vertebroplastia y la cifoplastia. Poder comparar ambas técnicas y presentar los resultados obtenidos a lo largo de 12 años.

**Método:** se realizó un estudio retrospectivo de los últimos

12 años y se realizó un análisis estadístico y revisión bibliográfica de ambas técnicas. Se establecieron criterios de inclusión y exclusión precisos.

**Resultados:** en nuestra experiencia por más de 12 años con la vertebroplastia en 230 pacientes y con la cifoplastia en 45 pacientes, nuestros resultados fueron excelentes en el 90% de los casos tratados para ambas técnicas y nuestras complicaciones fueron menores que el promedio, publicado.

La cifoplastia en comparación con la vertebroplastia, mejoró el ángulo de cifosis y presentó menos riesgo de fuga de contraste, aunque no fue superior desde el punto de vista clínico en la mejoría del dolor.

**Conclusiones:** la vertebroplastia y la cifoplastia no deben ser consideradas como medidas terapéutica rutinarias, han de limitarse a pacientes cuidadosamente seleccionados, en los que los beneficios potenciales superen los riesgos y los costos del procedimiento. Estas técnicas son útiles si se las utiliza adecuadamente con indicaciones precisas y en manos experimentadas en el campo de la cirugía espinal mínimamente invasiva.

**Palabras claves:** Vertebroplastia; Cifoplastia; Fracturas y Tumores de Cuerpo Vertebral; Técnica Mínimamente Invasiva

\*\*\*

### Duroplastia descompresiva espinal preventiva

Gustavo Baikauskas, Jorge Lambre

Hospital El Cruce, Dr. Néstor Kirchner, Florencio Varela, Buenos Aires

*gustavoncx@yahoo.com.ar*

**Introducción:** el deterioro neurológico observado en la gran mayoría de los pacientes que se intervienen quirúrgicamente mediante la exéresis de lesiones intramedulares, se deben al estasis venoso, el edema posterior a éste y la compresión del segmento medular contra el estuche dural.

**Objetivo:** presentar un protocolo prospectivo sobre la técnica quirúrgica de duroplastia descompresiva espinal preventiva sobre lechos medulares cervicales y/o torácicos postquirúrgicos, pasibles de deterioro por edema medular local.

**Método:** planteo de mecanismos anátomo-fisio-patológicos involucrados en el deterioro, científicamente estudiados, y técnicas médico-quirúrgicas utilizables en su terapéutica, traspolando para ello terapéuticas de otras patologías y/o con otras localizaciones anatómicas, basadas en su revisión bibliográfica y en su evidencia práctica/asistencial.

**Material:** revisión bibliográfica de literatura relacionada

desde 1989 a la actualidad, dada su carencia de reportes previos, con estudios anatómicos y relaciones estadísticas (con sustento geométrico) de los beneficios potenciales del procedimiento, con el análisis de los riesgos asociados y su eventual terapéutica. Con estudio de los diversos materiales utilizados para la plastia dural y su síntesis. Con propuesta de tipo de seguimiento y estudios de control que corroboren los hallazgos esperables postquirúrgicos, junto con el planteo de las potenciales complicaciones asociadas.

**Discusión:** si bien en la práctica quirúrgica la evolución postquirúrgica del lecho medular tratado es predecible y potencialmente evitable, los riesgos asociados a un procedimiento técnico simple y de bajo costo son aceptables. La propuesta de implementación de esta técnica podría protocolizarse y estandarizarse como parte misma de la terapéutica y la adquisición de nuevos materiales para el reemplazo dural seguir su evolución al resultado ideal.

**Conclusión:** la duroplastia descompresiva espinal preventiva surge como un planteo lógico ante la evolución postquirúrgica de lechos medulares operados, que fisiológicamente evolucionan con un deterioro neurológico secundario a edema local por estasis venoso y la cascada de eventos del daño secundario, tras el trauma inicial que son sumatoria de la patología medular más el acto quirúrgico per se.

**Palabras clave:** Duroplastia Descompresiva Espinal Preventiva; Descompresion Espinal; Feedback Mielopatico; Duroplastia Preventiva

\*\*\*

### Hidatidosis vertebral primaria con posterior diseminación intradural, tratamiento y revisión bibliográfica

Gonzalo Olondo, Sebastián Belchior, Ramiro Sayavedra, Víctor Vasquez, Jorge Shilton

Servicio de Neurocirugía Dr. Cosme Argerich.

*olondogonzalo@gmail.com*

**Introducción:** la hidatidosis es causada por la larva del parásito equinococcus granulosus, tomando al ser humano como huésped intermediario, en aéreas endémicas la infección en humanos varía de 1 a 10 cada 100000, y se relaciona con la ingestión por parte de los perros de las vísceras de ovinos y bovinos infectados. La localización primaria en la columna vertebral es rara pero su sintomatología y tratamiento son muy dificultosos ya que la anti-biótico terapia no ha demostrado ser exitosa.

**Materiales y métodos:** paciente de 24 años, derivada a nuestro hospital con diagnóstico de hidatidosis vertebral primaria en dorsal 2, intervenida quirúrgicamente con corporectomía de dorsal 2, exéresis parcial de quiste hida-

tídico más artrodesis lateral. Posterior diseminación intradural con 3 intervenciones cervicales para exéresis de quistes hidatídicos intradurales.

Ingreso con paraparesia grave, trastornos esfinterianos, y nivel sensitivo dorsal 6. IRM de ingreso presento imágenes quísticas, hiperintensas en T2, hipointensas en T1 a nivel dorsolumbar, cifosis cervicodorsal pronunciada más escoliosis al mismo nivel.

Se realizó exéresis de quistes hidatídicos en 2 oportunidades y luego de extraer el reemplazo corporal de D2 se realizó estabilización del raquis vía anterior y posterior.

**Resultados:** luego de reiteradas intervenciones quirúrgicas para exéresis de quistes hidatídicos y estabilización del raquis la paciente recupero el déficit motor, y sensitivo, persistiendo leve déficit de cordones posteriores.

**Conclusión:** tanto la hidatidosis vertebral primaria como la intradural primaria son localizaciones poco frecuentes de esta patología, por lo tanto difícil de diagnosticar, pero dada su gravedad y la prevalencia en nuestra sociedad, teniendo en cuenta de que pertenecemos a su área endémica, es menester considerarla como diagnóstico diferencial ante la presencia de compresión medular en pacientes con epidemiología positiva.

**Palabras Clave:** Hidatidosis; Cifosis Cervicodorsal; Compresión Medular

\*\*\*

### Deterioro neurológico por absceso epidural espinal: una emergencia quirúrgica

Rodolfo Esparza<sup>1,2</sup>, Luis Soria Simianoff<sup>1</sup>, Reynaldo Escalante<sup>2</sup>, German Andjel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurocirugía Clínica Sagrado Corazón, Orán, Salta

<sup>2</sup>Servicio de Neurocirugía Hospital Padilla, Tucumán  
rodyesparza@yahoo.com.ar

**Introducción:** el absceso epidural espinal, proceso supurativo localizado entre duramadre espinal y periostio vertebral, puede alcanzar esta localización por vía: hematogena, contigüidad, contaminación directa iatrogénica. Enfermedad poco común, pero grave por su potencialidad de producir déficits neurológicos permanentes o incluso la muerte si no es diagnosticada y tratada tempranamente, consistiendo en muchos casos una emergencia.

**Presentación del caso:** masculino, 47 años, estilista, con dorsolumbalgia (3 semanas) con previas consultas en otros nosocomios. Ingresa por paraparesia (4/5) de 24 hs de evolución, sin nivel sensitivo; RMI: imagen compatible con espondilodiscitis L1-L2, colección epidural en región anterior a dicho nivel, absceso bilateral de psoas.

Se planteo toma de muestra guiada por TAC, pero presentó deterioro neurológico con rápida progresión a paraparesia franca a predominio derecho (2/5) con dificultad para la micción. Cirugía de emergencia.

Se efectuó hemilaminectomía parcial bilateral L1 – L2 respetando 2/3 externos de facetas articulares con conservación de apófisis espinosas y complejo ligamentario supra-interespinal, microquirúrgicamente se evacuo colección purulenta en espacio epidural a predominio derecho, lavado con solución fisiológica y se instilo solución de vancomicina.

Se inició triple esquema ATB. Cultivo: Staphylococcus aureus. Durante postoperatorio presento sepsis requiriendo ARM y diálisis, evolucionó favorablemente recuperando motilidad en MMII. Actualmente en control ambulatorio.

**Conclusiones:** el absceso epidural espinal está establecido como una enfermedad potencialmente devastadora, cuyo resultado final esta fuerte y significativamente correlacionado con la duración y severidad del déficit neurológico previo a la cirugía. Las mejoras en los resultados dependen del reconocimiento inicial de la patología, asegurando una respuesta rápida y adecuada, para adaptar apropiadamente el tratamiento al agente causal y la fuente.

**Palabras clave:** Absceso Epidural Espinal; Infección del SNC; Descompresión Quirúrgica; Paraplejía

\*\*\*

### Absceso epidural espinal. Serie de casos y revisión bibliográfica

Martín Galíndez<sup>1</sup>, Gaela Esper Romero<sup>2</sup>, Emanuel Giacomuzzi<sup>2</sup>, Javier Schulz<sup>1</sup>, Federico Alberione<sup>1,2</sup>, Gabriela Delgiudice<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sanatorio Bernal, Provincia de Buenos Aires

<sup>2</sup>Hospital General de Agudos "Donación Francisco Santojanni", CABA

martingalindez@fibertel.com.ar

**Objetivo:** presentar nuestra experiencia en el manejo de los pacientes con diagnóstico de absceso epidural espinal en un período de 10 años; y realizar una revisión bibliográfica de esta patología.

**Métodos:** se realizó un estudio retrospectivo durante el período 2004-2014, incluyendo 7 pacientes con diagnóstico de absceso epidural espinal. Se analizaron las variables: edad, sexo, foco originario, cuadro clínico, localización, agente etiológico, tratamiento realizado y evolución.

**Resultados:** la edad media fue de 43 años (rango 18-68). La relación hombre/mujer fue de 3:4. En 4 pacientes se reconoció un claro foco originario. 5 pacientes se presen-

taron con déficit neurológico. La localización fue variable, 1 caso cervical, 2 dorsales, 2 lumbares y 2 panespinales. En 6 pacientes se realizó tratamiento quirúrgico. Se obtuvo cultivo positivo en todos los casos. Cuatro pacientes presentaron mejoría del déficit neurológico luego de la cirugía. No se presentó ningún óbito en la serie.

**Conclusión:** El absceso epidural espinal representa una patología poco frecuente, pero de consecuencias devastadoras. La baja frecuencia y los inespecíficos de su presentación clínica retrasan su diagnóstico y tratamiento, generando graves consecuencias para el paciente. El tratamiento quirúrgico combinado con antibiótico-terapia se considera de primera línea; aunque en algunos casos el tratamiento no quirúrgico es una opción válida. La evolución de los pacientes depende principalmente del tiempo entra la presencia de síntomas neurológicos y el tratamiento; por lo que es de suma importancia sospechar esta patología.

**Palabras Clave:** Absceso Epidural Espinal; Compresión Medular; Paraparesia; Paraplejia

\*\*\*

#### **Malformación de Chiari I del adulto secundaria: presentación de 4 casos**

Martín Gagliardi, Federico Fernández Molina, Ana Lovaglio, Alfredo Guiroy, Pablo Jalón, Juan José Mezzadri *Programa de Enfermedades de la Unión Cráneo Espinal, División Neurocirugía, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina*  
martingagliardi.32@gmail.com

**Introducción:** describir y analizar 4 casos de malformación de Chiari I (MC) secundaria en el adulto.

**Descripción:** Caso 1 (Masc.-21 años), consultó por cervalgias. En la resonancia magnética (RM) se observó un quiste aracnoideo (QA) de fosa posterior asociado a MC y siringomielia (SM) entre C2 y T3. Caso 2 (Fem.-64 años), consultó por cefaleas y dificultad en la marcha. El examen mostró disimetría en miembros superiores, paraparesia espástica leve y retención urinaria. La RM reveló un QA de fosa posterior asociado a MC y SM de C7 a T6. Caso 3 (Fem.-70 años), con antecedentes de meningocele, consultó por cervicobraquialgia bilateral y paresia distal de miembros superiores. La RM mostró una MC y SM de C3 a C6. Se le realizó una descompresión cráneo espinal (DCE) + duraplastia sin resolución de la SM ni del meningocele. Caso 4 (Fem.-17 años), con antecedentes de pseudotumor cerebral y colocación de una derivación lumboperitoneal, consultó por cefaleas, náuseas y vómitos. La RM mostró una MC.

**Intervención:** en los casos 1 y 2 se realizó una DCE + duraplastia y resección del QA. La RM control evidenció la desaparición del QA con resolución de la SM. En el caso 3 se realizó una exéresis con duraplastia del meningocele, con mejoría sintomática y de la SM. En el caso 4 se retiró la derivación lumboperitoneal con mejoría clínica e imagenológica de la MC.

**Conclusión:** en estos casos de MC secundaria, la resolución de la causa fue necesaria para generar una mejoría clínica e imagenológica.

**Palabras clave:** Malformación de Chiari; Meningocele; Quiste Aracnoideo; Shunt Lumboperitoneal

\*\*\*

#### **Schwannoma gigante con extensión retroperitoneal: reporte de un caso**

P. Chipolini, R. Santivañez, C. Giambiagi  
*Sanatorio de la Trinidad Quilmes*  
pschipo30@hotmail.com

**Objetivo:** presentar y describir un caso infrecuente de Schwannoma gigante con extensión hacia el retroperitoneo.

**Descripción:** paciente femenino de 39 años que presenta debilidad en miembros inferiores y trastornos de la marcha de 2 meses de evolución de carácter progresivo. Al examen presentaba paraparesia leve a predominio derecho, hiperreflexia y Babinski bilateral; además de hipoestesis en "silla de montar", sin trastornos esfinterianos. Refiere dolor lumbar alto; donde se objetiva masa palpable paravertebral derecha. La IRM evidencia voluminosa lesión expansiva a nivel D12-L1 de 95 x 40 x 75 mm en "reloj de arena" que comprime la médula desde la derecha y se extiende hacia la celda renal derecha desplazando dicho riñón.

**Intervención:** se realizó laminectomía de D12 y L1 y bajo microscopía se disecciona y realiza vaciamiento endotumoral hasta reseccionar componente intrarraquídeo. Luego se disecciona de partes blandas logrando reseccionar el componente extrarraquídeo en bloque.

Posteriormente se realiza fijación transpedicular con tornillos poliaxiales y barras de titanio en los niveles D12 y L1. La paciente evoluciona favorablemente con franca mejoría del cuadro clínico, con la recuperación motora y sensitiva.

**Conclusión:** la baja incidencia y la histología benigna de estas lesiones hacen que la exéresis quirúrgica completa de estos tumores sea de elección; la técnica precisa logra una muy baja morbilidad y un excelente pronóstico.

**Palabras Clave:** Schwannomas Espinales Gigantes; Extensión Retroperitoneal

\*\*\*

### Lesión traumática por hiperextensión en columna espondilótica

Vasquez V, Montivero N, Goldenberg N, Morales C, Zilio A, Shilton J

*Servicio de Neurocirugía Htal Dr Cosme Argerich  
vicvr2003@hotmail.com*

**Objetivo:** reportar 5 casos de lesión vertebro-medular cervical, secundarias a trauma en hiperextensión en columna con espondilosis.

**Material y métodos:** 5 pacientes entre 51 a 81 años masculinos, presentaron trauma cervical por mecanismo de hiperextensión, se constata déficit neurológico motor y sensitivo de instalación aguda. Se realizó, RX; TAC, RMN. Se intervino quirúrgicamente en 3 casos, 1 por vía post: (laminectomía limitada) y 2 por vía ant (doble corporectomía).

**Conclusión:** el traumatismo en hiperextensión determina un déficit agudo en pacientes con canal estrecho degenerativo que se manifiesta como déficit severo en ausencia de anomalías en la radiología convencional.

La mielopatía resulta de una contusión medular traumática, por lo tanto la descompresión quirúrgica de urgencia no está justificada a menos que exista inestabilidad por lesión discologamentaria concomitante

Palabra Clave: Hiperextensión; Trauma Cervical; Mielopatía Espondilótica

\*\*\*

### Resección odontoidea por abordaje endonasal extendido en un caso de invaginación basilar en paciente con artritis reumatoidea

Villegas Julián Andrés, Gaspari Mauro, Mesa Martín

*Hospital Privado de Comunidad, Servicio de Neurocirugía,  
Mar del Plata*

*mdqjulian@hotmail.com*

**Objetivo:** presentar un caso de Invaginación Basilar en paciente con Artritis Reumatoidea tratado quirúrgicamente con un abordaje endoscópico transnasal extendido.

**Presentación:** paciente de sexo femenino de 54 años, con artritis reumatoidea y cirugía de fusión C1C2 por subluxación atlantoaxoidea. Luego de 6 años de dicha cirugía comienza con dolor suboccipital. En la resonancia magnética se observa migración rostral de la odontoides con compresión ventral del tronco cerebral.

**Intervención:** en una primera cirugía se realizó artrodesis occipitocervical con tornillos y barras. En el postoperatorio presentó fiebre secundaria a infección sistémica por lo cual cumplió tratamiento antibiótico específico. Cinco meses más tarde se llevó a cabo la resección de la odontoides por transnasal endoscópica extendida. Durante el acto quirúrgico se produjo laceración dural, la cual fue resuelta intraoperatoriamente. Evolucionó con resolución del síntoma sin complicaciones.

**Conclusión:** la resección transnasal endoscópica extendida es factible en pacientes con Invaginación Basilar, presentando menor morbilidad respecto al abordaje transoral y sus variantes extendidas.

**Palabra clave:** Invaginación Basilar; Odontoidectomía Endonasal; Odontoidectomía Atritis Reumatoidea

\*\*\*

### Hernias de disco lumbares. Tratamiento quirúrgico serie de 29 casos

Diego Pallavicini, Leopoldo Luque, Darío Morales, Ariel Sainz, Matías Sotelo, Marcelo Platas

*HIGA Pte. Perón de Avellaneda, Servicio de Neurocirugía  
depallavicini@gmail.com*

**Objetivo:** describir y analizar nuestra experiencia en el manejo de hernias de disco lumbares en el periodo comprendido entre los años 2011 a 2014.

**Material y método:** se realizó un trabajo retrospectivo mediante el análisis de Historias Clínicas, partes quirúrgicas y evolución clínica de 29 pacientes, que fueron intervenidos quirúrgicamente por presentar hernias discales lumbares degenerativas en el periodo descripto.

**Resultados:** se realizaron 29 cirugías, de las cuales 24 fueron discectomías simples y 5 discectomías combinadas con recalibrado del mismo nivel (asociadas a un canal estrecho). De los 29 pacientes estudiados el 55% fue de sexo femenino, y el promedio de edad de 40 años, con un rango de 18 a 62 años. El nivel mayormente afectado en esta serie es L5-S1 (62%), seguido por L4-L5 (34,5%) y L3-L4 (3,5%), 75,9% de las cuales fueron posterolaterales, 20,6% posteromediales y un 3,5% foraminales. En cuanto a los síntomas de ingreso el 100% de los pacientes presentaron lumbalgia con compromiso radicular, de los cuales 2 (6,9%) ingresaron con déficit motor y 2 (6,9%) con síndrome de cola de caballo completo. El promedio de días de internación fue de 6 días con una media de 3 días. En cuanto a las complicaciones, uno presentó un déficit motor postdiscectomía que resolvió con rehabilitación kinésica y un paciente presentó una infección compatible con espondilodiscitis. En el total de los pacientes mejoró en

forma inmediata el dolor radicular. De los pacientes que ingresaron con déficit motor la mayoría mejoró su condición en forma completa. Los pacientes que presentaron síndrome de cola de caballo mejoraron la función motora y esfinteriano, permaneciendo uno de ellos con hipoestesia en silla de montar.

**Conclusión:** con los datos obtenidos en nuestra serie de pacientes con hernias discales degenerativas lumbares podemos concluir que el sexo predominante levemente fue el femenino. En cuanto a la localización, la más frecuente fue posterolateral a nivel L5-S1. La totalidad de los pacientes presentó una franca mejoría de los síntomas de ingreso tras la discectomía simple, presentando una baja tasa de complicaciones.

**Palabras clave:** Hernia Discal Lumbar Degenerativa; Discectomía Simple; Recalibrage Lumbar

\*\*\*

### Cifosis postlaminoplastia, resultados en 30 pacientes

Mauricio Alberto Fernández<sup>1</sup>, Juan Manuel Lafata<sup>2</sup>, Osvaldo Tropea<sup>2</sup>, Jorge Luis Bustamante<sup>2</sup>, Eduardo Salas<sup>2</sup>, Jorge Lambre<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurocirugía, Hospital Militar central "Dr. Cosme Argerich", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

<sup>2</sup>Servicio de Neurocirugía, Hospital Alta Complejidad en Red "El Cruce", Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires, Argentina

neurocirugia@hospitalelcruce.org

**Introducción:** la técnica de laminoplastia es una técnica utilizada para la descompresión del canal medular estrecho a través de múltiples metodologías. Sin embargo existen controversias en cuanto a los cambios estructurales que dicha técnica trae aparejados respecto al eje sagital.

**Objetivo:** comparar la variación del eje sagital cervical y su evolución clínica en pacientes sometidos a laminoplastia con un seguimiento de 2 años.

**Material y método:** se realizó un estudio retrospectivo en 30 pacientes operados con diagnóstico de canal estrecho cervical multisegmentario, sin otra patología cervical previa, tratados con laminoplastia según la técnica "Open-Door". Se midieron las siguientes variables: Grado de curvatura cervical radiológico, utilizando el método de "Harrison", comparando su valor prequirúrgico y a los 2 años; también fue evaluada la sintomatología mediante la escala de Nürick.

**Resultados:** se realizó el seguimiento clínico-imagenológico en 30 pacientes (hombres/mujeres 18:12, 56.6 años promedio). Se obtuvieron los siguientes valores: media

de ángulo cervical prequirúrgico: 28,53°, media de ángulo cervical postquirúrgico a 2 años: 23,63°, media de la variación de la curvatura obtenida: 26,08°, (17%). El valor según Nürick fue 3.1 en el prequirúrgico y de 1.87 en los controles a 2 años.

**Conclusión:** en aquellos pacientes intervenidos mediante laminoplastia, se objetiva a 2 años de seguimiento una leve pérdida de lordosis cervical, siendo la misma el resultado de la técnica además de la evolución natural (envejecimiento) y la posición de adquisición de los controles Rx. En cuanto a la evolución clínica se observa una marcada mejoría en la mayoría de los casos, resaltando que aquellos pacientes con valores de Nürick menor o igual a 3 en el prequirúrgico tienen mejor evolución respecto de aquellos con valores mayores (Nurick 4 y 5).

**Palabras clave:** Canal Estrecho Cervical, Método de Harrison, Laminoplastia Cervical Expansiva.

\*\*\*

### Fractura lumbares a3 resueltos por vía anterior: presentación de dos casos

Mauricio Gabriel Rojas Caviglia, Laureano Medina, Leopoldo Luque, Juan Manuel Lafata, Marcelo Orellana, Jorge Lambre

Hospital El Cruce, Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires

bishon2@gmail.com

**Introducción:** las fracturas A3 de columna lumbar con compromiso del 75% del canal espinal, pueden ser operadas por vía anterior, vía posterior con o sin ligamento taxis, por doble vía o 360° por vía posterior, según los distintos autores consultados.

**Objetivo:** presentar 2 casos de fracturas lumbares tipo A3 y su resolución quirúrgica mediante el abordaje anterolateral retroperitoneal.

**Descripción:** paciente de sexo femenino de 16 años de edad con antecedentes de caída de altura de aproximadamente 6 metros, con una fractura L4, tipo A3, Frankel E con cruralgia L3 izquierda. Paciente de sexo masculino de 50 años de edad con antecedentes de caída de altura de 4 metros aproximadamente, con fractura L2, tipo A3 Frankel E, con cruralgia L2 bilateral. Ambos pacientes presentaron una invasión del canal espinal de más del 75%. Se decide realizar corpectomía y artrodesis por vía anterior.

**Intervención:** en ambos casos se realizó un abordaje anterolateral retroperitoneal, mediante una lumbotomía izquierda, sección de los músculos oblicuos del abdomen, disección del espacio retroperitoneal hasta llegar al psoas,

el cual se retrae hacia posterior, logrando una visualización amplia de la vértebra afectada. Se realiza corpectomía y una satisfactoria descompresión del canal espinal y artrodesis mediante un mesh y barras con tornillos.

**Conclusión:** el abordaje anterolateral retroperitoneal permite en las fracturas A3 de las vértebras L2 a L4, una correcta exposición, liberación del canal y reparación de la columna anterior mediante un mesh de tamaño adecuado a cada nivel, respetando los elementos posteriores intactos en este tipo de fracturas.

**Palabras claves:** Fractura Lumbar A3; Abordaje Anterolateral Retroperitoneal; Artrodesis Lumbar Anterior

\*\*\*

### **Tornillos torácicos transpediculares: controles del posicionamiento**

Seclen DA, Orellana M, Chiarullo MD, Arevalo RP, Espeche M, Lambre J  
*Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce", Florencia Varela, Argentina*  
*danielseclen@hotmail.com*

**Introducción:** en los últimos 10 años, el uso de los tornillos torácicos transpediculares (TTT) ha ido superando a otras técnicas de estabilización de la columna torácica. Una mala colocación de los mismos puede provocar importantes complicaciones neurovasculares. Zdichavsky y col. han diseñado una clasificación que permite establecer la posición de los tornillos en los controles tomográficos.

**Objetivo:** analizar en nuestra serie quirúrgica, el posicionamiento de los TTT aplicando la clasificación de Zdichavsky y sus potenciales complicaciones.

**Materiales y métodos:** Estudio Observacional Descriptivo Retrospectivo, analizando las historias clínicas y estudios de imágenes de 20 pacientes, operados en el período Enero 2009 – Abril 2014, en el Hospital El Cruce, Florencia Varela.

**Resultados:** se colocaron 129 TTT en un total de 20 pacientes. Según Zdichavsky, la distribución de los grupos fue la siguiente (n=; %): IA: 115 (89.15%) – IB: 3 (2.33%) –IIA: 5 (3.88%)– IIB: 0 (0%) –IIIA:6 (4.65%) – IIIB: 0 (0%). De estos pacientes, ninguno sufrió complicaciones relacionadas con la colocación de los tornillos.

**Conclusión:** la clasificación de Zdichavsky resultó un buen método para evaluar el posicionamiento de los TTT. En nuestra experiencia, los TTT permitieron lograr una correcta estabilización de la columna torácica sin complicaciones neurovasculares.

**Palabras clave:** Thoracic Pedicular Screw; Thoracic Spine

\*\*\*

### **Colocación de mesh en columna toracolumbar: vía anterior vs. vía posterior**

Juan Martín Herrera, Román Pablo Arévalo, Marcos Daniel Chiarullo, Laureano Medina, Pablo Augusto Rubino, Jorge Lambre  
*Hospital Alta Complejidad en Red El Cruce S.A.M.I.C. – Buenos Aires – Argentina*  
*juanherrera09@hotmail.com*

**Introducción:** la patología toracolumbar incluye un amplio abanico de entidades. Muchas de éstas requieren la colocación de un Mesh para reemplazar el cuerpo de la vértebra afectada. El abordaje seleccionado se encuentra en relación directa con el tamaño de la prótesis a utilizar, y el porcentaje de cuerpo vertebral a reemplazar.

**Objetivos:** analizar nuestra experiencia en lesiones toracolumbares que requirieron la colocación de un Mesh, comparando las dimensiones del mismo en función de la vía de abordaje elegida, sea anterior o posterior.

**Materiales y métodos:** se evaluaron las historias clínicas de 17 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en nuestra institución, entre enero 2011 y abril 2014, teniendo en cuenta datos filiatorios, anatomopatológicos y el tamaño del mesh empleado.

**Resultados:** se trataron 17 pacientes (8 hombres y 9 mujeres), 10 intervenidos por vía anterior y 7 por vía posterior. En cuanto a la etiología, hubo 9 casos de traumatismo raquímedular, 7 de causa neoplásica y 2 infecciosa. El diámetro promedio de mesh utilizado por vía anterior fue de 21.22 mm, mientras que aquellos empleados en el abordaje posterior fue de 13.57 mm.

**Conclusiones:** las diferentes vías de abordaje (anterior-posterior) a la columna toracolumbar permiten distintos grados de exposición de esta. La vía anterior permite remover un mayor porcentaje del cuerpo y colocar un mesh de mayor tamaño que los empleados por vía posterior. La vía anterior es la que permite una mejor reconstrucción de la columna anterior.

**Palabras clave:** Corpectomía; Mesh; Columna Toracolumbar

\*\*\*

### **Síndrome de Chiari tipo I: hallazgo por anamnesis en un paciente adulto que consulta por patología de columna lumbar**

Guillermo Campolongo, Gabriel Sejanovich  
*Servicio de Neurocirugía Hospital Español de Mendoza*

*guillecampolongo@gmail.com*

**Objetivos:** destacar la vigencia e importancia de la anamnesis en la consulta médica, permitiendo detectar y tratar patologías inicialmente ocultas.

**Método:** se presenta el caso de un paciente de sexo femenino, 50 años, que consulta con estudios prequirúrgicos completos para espondilolistesis lumbar no traumática. Durante la anamnesis y el examen físico se detectan signos y síntomas que hacen sospechar la presencia de una lesión de charnela occipito cervical. Al completar estudios se diagnostica un descenso marcado de las amígdalas cerebelosas con respecto al foramen occipital sin siringomielia y se realiza la intervención neuroquirúrgica reconstitutiva de fosa posterior y región cervical alta.

**Resultados:** mejoría de los síntomas subdiagnosticados correspondientes a la malformación de Chiari I.

**Conclusión:** la anamnesis y examen físico detallados permitieron detectar una patología sintomática pero interpretada como bizarra. Es necesario evaluar a todos los pacientes a pesar de que nos consulten con los estudios prequirúrgicos.

**Palabras claves:** Anamnesis; Malformación Chiari I; Espondilolistesis Lumbar

\*\*\*

### Artrodesis cervical self-locking stand-alone: nuestra experiencia y revisión bibliográfica

N. Sosa Echeverría<sup>1</sup>, E. Aguirre<sup>1</sup>, M. Pinto<sup>1</sup>, D. Palliano<sup>2</sup>, J. Fiol<sup>1</sup>, O. Melis<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurocirugía, Hospital Petrona V. De Cordero, San Fernando, Buenos Aires

<sup>2</sup>Servicio de Neurocirugía, Clínica Cristo Rey, Jose C. Paz, Buenos Aires

*noelia\_sosa\_echeverria@hotmail.com*

**Objetivos:** presentar la experiencia inicial, a corto plazo, del sistema de reemplazo discal cage self-locking stand-alone en patología discal cervical degenerativa (PDCD). Revisión de la literatura relacionada.

**Material y método:** se realizó un análisis del período mayo 2011 a enero 2014, evaluando 9 pacientes (5 de sexo femenino y 4 de sexo masculino) con PDCD intervenidos quirúrgicamente mediante discectomía cervical anterior y fusión (DCAF) con cages de Polyether Ether Ketone (PEEK) self-locking stand-alone (autosustentable antimigratorio). El seguimiento de los pacientes fue de 3 años. Número de niveles intervenidos: 15. Se emplearon los sistemas Kaykos®, Tryptic®, MC+® y Arrow®. La evaluación clínica se realizó mediante la Escala de Nurick,

el Score de la Asociación Ortopédica Japonesa modificada (mJOA) y el Neck Disability Index NDI (Oswestry Modificado para Columna cervical). Se evaluaron la tasa de fusión, la curvatura cervical y la altura intervertebral en los niveles intervenidos. Se analizó la bibliografía relacionada, obtenida mediante búsqueda de publicaciones a través de PubMed.

**Resultados:** la media de edad fue de 51,8 años (rango 42 - 57 años), predominando el sexo femenino. El Score de la Asociación Ortopédica Japonesa modificada, el grado de curvatura cervical y la altura intervertebral presentaron mejoría significativa.

**Conclusión:** el sistema de reemplazo discal cage self-locking stand-alone representa una opción válida para el tratamiento de la PDCD, alcanzando buenos resultados clínicos y radiológicos.

**Palabras clave:** Discectomía Cervical Anterior y Fusión; Patología Discal Cervical Degenerativa; Self-Locking Stand-Alone Cage; PEEK

\*\*\*

### Fijación interespinosa lumbar, beneficios y complicaciones de una artrodesis sencilla y efectiva

Nora Marchegiani, Daniel Lupinucci

*Clinica San Nicolás. San Nicolás, Buenos Aires, Argentina*

*Hospital General de Agudos San Felipe. San Nicolás, Buenos Aires, Argentina*

*dlupinucci@arnet.com.ar*

**Objetivo:** evaluar y confirmar mejoría de síntomas mediante estabilización del canal vertebral lumbar, con distracción interespinosa en distintas patologías que afectan al mismo.

**Resumen de antecedentes:** se incluye en el estudio un total de 57 pacientes intervenidos quirúrgicamente en el período 2011-2013, 40 masculinos y 17 femeninos, la edad fue desde los 27 hasta los 78 años, utilizando dispositivos interespinosos en nivel afectado y espacio adyacente superior o inferior. Los pacientes presentaban patologías diferentes del segmento vertebral lumbar. Los mismos fueron seguidos desde los 8 meses hasta los 24 meses, con una media de 16 meses.

**Material y métodos:** se evaluaron 78 pacientes, 42 presentaban hernias de disco lumbar, 17 se presentaron con canal estrecho segmentario a un nivel (6 con hernias de disco y 7 sin discopatías), 12 pacientes con extrusión discal y 7 con discos deshidratados protruidos. La sintomatología predominante de los pacientes con hernias de disco fueron lumborradiculalgias, en 32 de los casos, y 16 solo lumbalgias. Aquellos con extrusión discal presentaron lumborra-

dicalgias de los cuales 7 presentaron déficits neurológicos. Se evaluaron con lumbalgia los 7 pacientes con discos deshidratados protruidos, y aquellos con estenosis del canal lumbar, solo tomamos en cuenta donde la patología estenotica afectaba un segmento, se presentaron 10 casos con lumbalgias y 7 con radiculalgias, siendo más intenso el dolor lumbar.

Complicaciones: en 5 casos se debieron retirar los separadores por perdida del domicilio del separador, posiblemente por error en la técnica de colocación. Sin bien siempre la complicación fue la expulsión de un separador se retiró el par. Los pacientes en estos cinco casos continuaron con su mejoría.

Discusión: pacientes presentan mejoría y cese de la sintomatología inicial ante la utilización de separador interespinoso, tratando la inestabilidad interespinosa provocada luego del acto quirúrgico. La distracción del espacio mediante dicho dispositivo aumenta las dimensiones del canal espinal lumbar y de los agujeros de conjunción a nivel del espacio tratado. Observando también reducción en la presión del anillo fibroso posterior, así como en el núcleo pulposo.

**Conclusión:** los pacientes operados con déficit radicular, 7 pacientes presentaron remoción del Stepagge, mientras que el restante no presento cambios neurológicos, sólo mejoró su sintomatología radicular. El resultado terapéutico podemos decir que un 73% presentaron mejoría muy importante desde el punto de vista sintomático, el 21% presento mejoría leve a moderada que le permitieron retomar su actividad habitual y 6% no presentaron ningún beneficio con la cirugía ni la técnica.

**Palabras claves:** Distracción Interespinosa; Lumbalgia; Estabilidad Post Quirúrgica; Canal Estrecho Osteoartrotico

\*\*\*

### **Torticólis infantil congénito secundario a hemiatlas.**

#### **Descripción de un caso**

Pablo Alberto Carrara, Santiago Balderrama, Federico Tolomei

*Instituto Médico Quirúrgico Garat, Concordia, Entre Ríos  
npablont@hotmail.com*

**Introducción:** la aplasia parcial del atlas (hemiatlas) es una malformación congénita rara que puede cursar en forma asintomática y benigna hasta producir torticólis grave, progresivo e incapacitante con déficit neurológico. Se presenta en forma aislada o como parte de otras afecciones (enfermedad de Morquio, síndrome de Down, Klippel Feil, acondroplasia, osteogénesis imperfecta).

**Objetivo:** presentar el caso de un paciente con torticólis

congénita debido a hemiatlas y la técnica quirúrgica para su resolución.

**Caso clínico:** paciente de 8 años de edad con cuadro de torticólis desde el nacimiento, 4 años de seguimiento ambulatorio y hemiatlas (tipo 3 según clasificación de Villas y cots), sin déficit neurológico pero con una deformidad estética evidente. Presentaba asimetría facial debido a la inclinación cefálica asociado a escoliosis dorsal para compensar la alteración del balance coronal. Se define la malformación y planifica el tratamiento con los estudios habituales de imágenes.

**Intervención:** bajo anestesia general, en decúbito dorsal se coloca halo de 8 pines. Se lo rota y en decúbito ventral se realiza el procedimiento quirúrgico de artrodesis (abordaje medial a la unión craneocervical vía posterior más desperiostización y decorticación de la escama occipital y de las apófisis espinosas y láminas del atlas, axis y C3, observándose el hemiatlas en cuestión más colocación de hueso tomado de cresta ilíaca posterior + cierre por planos). Luego de terminada la cirugía, se coloca el chaleco y las maniobras de corrección de la cabeza se las hace con el paciente dormido antes de terminar la anestesia general. No se utilizó osteosíntesis. Se deja el halo chaleco indicándoles a los familiares los cuidados habituales y realizan controles periódicos en consultorios externos. Luego de 4 meses de uso presentó favorable evolución de la artrodesis.

**Conclusión:** las hipoplasias de C1, con agenesia unilateral del macizo articular pueden ser manejadas satisfactoriamente en caso de deformidad con artrodesis C0-C2/C3, realizadas "a la edad ideal entre 5 y 8 años", con corrección postural bajo anestesia, sin manipulaciones previas, con o sin descompresión, asociadas a inmovilización externa hasta la consolidación.

**Palabras claves:** Hemiatlas; Anormalidades de la Unión Craneocervical; Torticólis Congénita

\*\*\*

### **Lipomas espinales en adultos**

Andjel G<sup>1</sup>; Escalante R<sup>1</sup>; Apaza S<sup>1</sup>; Cuervo- Arango I<sup>2</sup>; Esparza R.<sup>1</sup> Campero A<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Servicio de Neurocirugía, Hospital Angel C. Padilla, San Miguel de Tucumán

<sup>2</sup>Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

*g\_andjel@hotmail.com*

**Introducción:** los lipomas espinales son tumores benignos intradurales formados por tejido adiposo maduro.

Son más frecuentes en niños, constituyendo una de las formas más prevalentes de disrafismo espinal. En la po-

blación adulta tienen dos picos de incidencia entre la segunda y tercera década y luego en la quinta década, con más frecuencia en el sexo femenino (2:1).

Esta clase de tumores son realmente difíciles de resear totalmente debido a que el lipoma está en íntimo contacto con las raíces, siendo en muchas oportunidades resecados parcialmente para aliviar la sintomatología.

**Pacientes y método:** desde el 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2013 se recibieron 7 casos en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Ángel C. Padilla.

En todos los casos se realizó RMI con supresión de grasa.

Se realizó cirugía en los casos en que se evidenció déficit neurológico.

**Resultados:** 5 pacientes fueron de sexo femenino y 2 de sexo masculino. La edad promedio fue de 40 años (rango de 34 a 50).

La localización fue lumbar en 4 pacientes, en 1 caso fue cervico-dorsal (C5-T2) en los 2 restantes fue dorsal.

Cinco pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente, debido a que presentaron déficits neurológicos, mientras que en 2 se decidió conducta expectante ya que presentaron lumbalgia como único síntoma.

En todos los casos operados se realizó exéresis parcial del tumor. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de lipoma.

Se evidenció mejoría de los síntomas en los 5 pacientes operados.

**Conclusión:** los lipomas espinales no son tumores frecuentes en la población adulta. Sus características y la dificultad técnica que plantean, hacen de la resección total un hecho difícil de alcanzar. Por lo tanto la exéresis parcial constituye una alternativa válida para aliviar la sintomatología.

**Palabras Clave:** Lipoma Espinal; Población Adulta; Exéresis Parcial; Tratamiento Quirúrgico

\*\*\*

### Síndrome de Brown Sequard asociado a hematoma epidural cervical postraumático de presentación tardía

Emiliano Altieri, Marcelo Abbona, Daniel Crocitto, Celeste Flores, Ignacio Paleo, Humberto Perata

*H.I.G.A. y C. Dr. A. Korn, M. Romero, La Plata, Prov. Bs As.*

*eraltieri@hotmail.com*

**Objetivo:** presentar caso de hematoma epidural cervical (HEC) postraumático de presentación tardía con cuadro medular asociado y revisar bibliografía.

**Introducción:** se presenta caso de paciente con antecedente traumático cervical 60 días previos al episodio sintomático

(Sme. Brown Sequard- SBS). Rx, TAC normales. RNM evidenció HE izquierdo C4-C6, compresión medular. Se realizó tratamiento quirúrgico dentro de las 36 hs del inicio de los síntomas (descompresión posterior-hemilaminectomía), resolviéndose su clínica ad integrum en el posoperatorio mediato.

**Materiales y métodos:** análisis descriptivo de caso.

**Resultado:** se presenta caso de Mayo/2013 de HEC, con clínica aguda progresiva, tratado con cirugía. Caso; paciente 24 años, derivado por hemiparesia izquierda aguda de 24hs de evolución, sintomatología brusca y progresiva luego de flexión lateral normal del cuello. Antecedente relevante, accidente de tránsito (latigazo cervical) 60 días previos al episodio sintomático. Presencia de hemiparesia braquiocrural izquierda, parestesias e hipoestesia termalgésica nivel T2 en hemicuero derecho (SBS), realizando descompresión medular precoz. Actualmente paciente asintomático sin secuelas neurológicas; EMG, PESS normales y RNM control. Seguimiento de 10 meses, sin inestabilidad mecánica.

**Conclusiones:** el HEC postraumático es una entidad poco frecuente. El SBS rara vez se ha reportado en la literatura en asociación con HEC. El tratamiento óptimo es laminectomía descompresiva inmediata. En una serie, la mayoría de los pacientes que se recuperaron habían sido descomprimidos dentro de las 72 hs post. a la aparición de los síntomas; parámetro que nuestro paciente cumplía.

**Palabras claves:** Hematoma Epidural Cervical; Sme. Brown Sequard; Hemilaminectomía

\*\*\*

### Malformación de Chiari más Siringomielia Cervical. Reporte de 6 Casos más Revisión de la Literatura

Saul Apaza<sup>1</sup>, Reynaldo Escalante<sup>1</sup>, German Anjdel<sup>1</sup>, Isabel Cuervo-Arango<sup>2</sup>, Alvaro Campero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurocirugía, Hospital Ángel Cruz Padilla, San Miguel de Tucumán, Argentina

<sup>2</sup>Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario Central, Oviedo, España

*apazasaul@hotmail.com*

**Introducción:** la malformación de Chiari es una patología del romboencefalo que se caracteriza por herniación descendente de sus estructuras hacia el canal cervical. Con el advenimiento de la RM, el diagnóstico de esta patología ha aumentado en los últimos años. La malformación de Chiari tipo I se caracteriza por herniación amigdalina de más de 5mm por debajo del foramen magno, con la consecuente alteración del flujo del LCR. Frecuentemente se asocia a siringomielia cervical. El tratamiento de

elección es el quirúrgico, cuyo objetivo es descomprimir la fosa posterior. Cuando el descenso amigdalino se asocia a una cavidad siringomiélica cervical, algunos autores sugieren realizar la coagulación de las amígdalas cerebelosas, para restituir de una mejor manera la circulación del LCR.

**Objetivo:** reportar una serie de casos tratados en nuestro servicio durante un periodo de dos años.

**Pacientes y métodos:** desde enero de 2012 a abril de 2014, 11 pacientes con malformación de Chiari fueron tratados en nuestro Servicio; de los mismos, 6 presentaron además una cavidad siringomiélica a nivel de la médula cervical. Se realizó en todos los casos una craneotomía suboccipital medial, en algunos pacientes con resección del arco posterior de C1. Además, en todos los pacientes con siringomielia, se realizó coagulación de ambas amígdalas cerebelosas (hasta observar el obex libre), y posterior plástica dural.

**Resultados:** de los 6 pacientes operados, 4 fueron de sexo femenino, con una edad promedio de 39 años. Todos los pacientes presentaron cefalea y cervicalgia; además, 4 pacientes presentaron trastornos de la sensibilidad termalgésica. Luego de la cirugía, todos los pacientes presentaron mejoría clínica e imagenológica. No se registró mortalidad, y como morbilidad un paciente presentó fístula de LCR y meningitis, que fue resuelto con ATB y drenaje lumbar externo.

**Conclusión:** para pacientes que presentan malformación de Chiari con siringomielia cervical, una buena opción terapéutica es la craneotomía suboccipital asociada a una coagulación de ambas amígdalas; dicha maniobra es necesario realizarla con técnicas microquirúrgicas.

**Palabras Clave:** Malformación de Chiari; Siringomielia; Descompresión de Fosa Posterior; Duroplastia; Coagulación Amigdalina

\*\*\*

#### **Absceso espinal epidural primario: presentación de un caso**

Francisco N. Fuertes, Mariana Condomí Alcorta, Ypa Paula, Ana Lovaglio, Juan José Mezzadri  
*Sección Cirugía de Columna, División Neurocirugía, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina*  
*franciscofuertes@gmail.com*

**Objetivo:** describir y analizar un nuevo caso de absceso espinal epidural primario.

**Descripción del caso:** un paciente (Masc.-21 años) consultó por una paraplejía de pocas horas de evolución, vejeja neurogénica y fiebre desde hacía 5 días. La resonancia

magnética (RM) mostró una colección epidural posterior entre D8-D11 con compresión medular compatible con un absceso epidural (AE). Se indicó la cirugía de urgencia.

**Intervención:** se evacuó un AE a través de una laminectomía dorsal. El cultivo rescató un *Stafilococcus Aureus* meticilino resistente. El paciente evolucionó favorablemente recuperando la deambulacion al décimo día del postoperatorio. La RM de control mostró la ausencia del AE. Luego de completar 4 semanas de tratamiento con antibióticos fue dado de alta. Volvió a consultar a los 30 días por fiebre y supuración de la herida quirúrgica. Se le realizó una toilette del sitio quirúrgico de una colección superficial, aislándose el mismo germen. Fue tratado nuevamente con antibióticos con buena respuesta. La RM de control mostró la ausencia de colecciones y fue dado de alta.

**Conclusión:** en este caso, a pesar de existir un síndrome de compresión medular severa, la evacuación quirúrgica precoz del AE fue efectiva, lográndose una recuperación neurológica completa.

**Palabras Clave:** Absceso Espinal Epidural; Absceso Epidural Primario; Síndrome Medular Agudo

\*\*\*

#### **Separadores interespinosos e interlaminares: experiencia y consideraciones**

Gabriel O. Calle  
*Staff Espinal Argentina, Talcahuano 638, 5ªA, Cap. Federal, Bs.As.*  
*drgabrielcalle@hotmail.com*

**Objetivo:** el abordaje terapéutico de la patología quirúrgica de la columna lumbar ha sufrido una incesante evolución especialmente hacia las distintas técnicas de mínima invasión y mínima agresión. Con este objetivo y en busca de alternativas menos invasivas, agresivas e intentando la mayor preservación de las estructuras espinales y de su biomecánica se han desarrollado una gran cantidad de sistemas que intentan lograr estos objetivos cumpliendo un rol de competencia.

Dichos sistemas se han popularizado extremadamente en los últimos años al punto de su sobredimensionamiento e incluso exceso de uso.

**Material y Métodos:** se realiza un análisis retrospectivo de los pacientes operados con sistemas de separadores interespinosos e interlaminares en los últimos 8 años (2006/2014). Fueron operados 88 pacientes con estos sistemas y se colocaron un total de 185 prótesis de distinto tipo y materiales ( titanio,peek,silicona).

**Follow up:** 2 meses a 8 años.

Se realizó la evaluación pre y postoperatoria con escala de

VAS y seguimiento con escala de Owenstry.

**Resultados:** el 84% de los pacientes obtuvo una mejoría significativa post-operatoria, el 5% requirió revisión quirúrgica con recambio de sistema o conversión a fusión y el 11% obtuvo una pobre mejoría, 2 casos de infección profunda (uno requirió extracción de sistema) y 5 casos de infección superficial de herida que no produjo complicaciones y 1 caso de disfunción tardía.

**Conclusiones:** consideramos la utilización racional de los separadores interespinosos e interlaminares como una opción válida a tener en cuenta en varias patologías espinales en las que la fusión sería un exceso y la no estabilización un riesgo futuro de complicaciones, dolor y aceleración del proceso involutivo espondilótico espinal.

Consideramos también una excelente opción en el tratamiento del canal estrecho segmentario moderado y Sd. de incompetencia discal mediante abordaje mínimamente invasivo y a considerar en algunos casos en los cuales la cirugía de fusión está contraindicada por riesgos del paciente. Se deben continuar los estudios para lograr una más clara objetivación de los alcances de estas técnicas.

**Palabras claves:** Separador Interespinoso; Espaciador Interespinoso; Separador Interlaminar; Recalibraje; Microinestabilidad

\*\*\*

### Ependimoma de Cauda Equina

Juan Martín Condori,

*juan\_condori@hotmail.com*

**Objetivos:** el objetivo del siguiente trabajo es presentar un caso Clínico Quirúrgico de Lesión Ocupante de espacio a nivel L3-L4, la resolución Neuroquirúrgica y la evolución postoperatoria.

**Materiales y Métodos:** se presenta 1 caso en el que consulta paciente femenino de 54 años de edad por cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por parestesias difusas en miembros inferiores con disestesias sin poder caracterizar dermatoma específico. Presenta además Lumbalgia con trofismo muscular conservado, sin foco motor en miembros inferiores. Se realiza RMN de columna lumbosacra donde se evidencia lesión ocupante de espacio ovoidea a nivel L3-L4 de características homogéneas. Se realiza procedimiento con paciente en decúbito dorsal, laminectomía L3 y L4 bilateral, con apertura dural y Exeresis de la lesión. Paciente con buen resultado en el Postoperatorio y mejoría de la sintomatología previa en los controles luego del alta.

**Resultados:** el paciente presento mejoría de los síntomas, habiendo sido abolidas a los dos meses las parestesias y disestesias que presentaba antes de la cirugía. El resulta-

do de Anatomía Patológica fue: Ependimoma Mixopapilar (Grado I), se realizaron a los 6 meses RMN lumbosacra donde no se observa lesión residual.

**Conclusiones:** estos tumores son el 13% de los tumores medulares, son las neoplasias medulares más comunes en la cauda equina naciendo a partir del filum terminal. Son lesiones bien diferenciadas de crecimiento lento, tendencia a ser encapsulados y es característica su expansión simétrica por la médula. El tratamiento es quirúrgico; sin embargo puede ser posible en algunos casos un tratamiento complementario con radioterapia.

**Palabras Clave:** Ependimoma; LOE Espinal; Cirugía Espinal

\*\*\*

### Tumores intramedulares

Joaquín Cigol, Juan José Magaró, Mauricio Kohanoff, Carlos Tarsia, Jorge Román

*Hospital Provincial del Centenario. Rosario. Santa Fe  
joaquincigol@hotmail.com*

**Objetivo:** mostrar nuestra experiencia en el manejo de los tumores intramedulares como así también las indicaciones y la técnica quirúrgica utilizada en este tipo de patología.

**Material y método:** se evaluaron en forma retrospectiva los protocolos quirúrgicos, archivo de fotos y videos de los pacientes operados en nuestro servicio entre enero de 2005 y abril de 2014.

**Resultados:** se operaron 31 tumores raquimedulares, de los cuales 10 correspondían a lesiones intramedulares. El rango de edad fue de 15 a 65 años con una media de 42. El síntoma de presentación más frecuente fue la debilidad progresiva. La IRM es el método de diagnóstico de elección. Todos los pacientes se abordaron por vía posteromedial con técnica microquirúrgica. En 2 casos de lesiones infiltrativas se realizaron biopsias y en el resto se obtuvo una resección total. Anatomía patológica: (n=6) ependimomas, (n=1) tumor neuroectodermico, (n=1) cavernoma, (n=1) tejido inflamatorio compatible con mielitis, (n=1) astrocitoma. Localización: 2 tumores bulbo medulares, 5 dorsales, 2 cervicales (cavernoma y mielitis) y 1 cervicodorsal. Todos los pacientes a los cuales se les reseco completamente la lesión profundizaron el déficit neurológico.

**Conclusión:** los tumores intramedulares son neoplasias infrecuentes (5% de los tumores del SNC). Los nuevos métodos de diagnóstico como las nuevas herramientas quirúrgicas han modificado considerablemente los resultados. La mayoría son lesiones benignas como ependimomas y astrocitomas de bajo grado. En adultos predominan los ependimomas. Lo más común es que los síntomas

aparezcan en forma solapada e insidiosa. Ante lesiones infiltrativas o lesiones potencialmente malignas se debe realizar una biopsia. La mayoría de los pacientes va a experimentar un empeoramiento de los síntomas neurológicos y la rehabilitación es una parte sumamente importante en el manejo de estos pacientes.

**Palabras clave:** Tumor; Intramedular; Microcirugía; Ependimoma; Astrocitoma; Rehabilitación.

\*\*\*

### Mielopatía en el contexto de enfermedad de forestier

Juan José Magaró, Joaquín Cigol, Mauricio Kohanoff, Oscar Alexenicer

*Centro Neuroquirúrgico Rosario/Sanatorio Nuestra Señora del Rosario*

**Objetivo:** paciente con diagnóstico de hiperostosis esquelética idiopática difusa que intercorre con cuadro de mielopatía. Las complicaciones eventuales de la enfermedad de Forestier se analizan a partir de este caso.

**Descripción del caso:** se presenta el caso de un paciente masculino de 52 años de edad que presenta clínica de cuadriparesia progresiva. En el curso del estudio se diagnostica osificación del ligamento longitudinal común anterior (LLCA), asociado a canal estrecho adquirido que condiciona mielopatía cervical. Se realizó abordaje posterior que consistió en laminectomía descompresiva limitada al segmento afectado principalmente, con la recuperación gradual del déficit motor, sin aparición de complicaciones neurológicas y de la biomecánica espinal.

**Conclusión:** dentro de las complicaciones de la enfermedad de Forestier se encuentran en un porcentaje menor las afectaciones neurológicas. Se describe el abordaje a la patología espinal en el presente contexto.

**Palabras clave:** Enfermedad de Forestier; Hiperostosis Esquelética Idiopática Difusa; Mielopatía; Osificación Ligamento Longitudinal Común Anterior

\*\*\*

### Síndrome de Grisel en Adulto

Flores Celeste, Juárez Pablo, Altieri Emiliano, Urrutia Mariano, Perata Humberto

*Hospital Dr. Alejandro Korn, La Plata.  
acelesteflores@hotmail.com.ar*

**Objetivo:** presentar un caso de luxación atlóido-axoidea espontánea en adulto; Síndrome de Grisel.

**Descripción:** paciente masculino de 41 años de edad deri-

vado tras presentar cuadro de adelgazamiento, cervicalgia, cuadriparesia progresiva y parestesias distales de tres meses de evolución.

Al examen, paciente vigil, rinolalia; cuadriparesia flácida, parestesias generalizadas. Sin antecedentes traumáticos ni infecciosos.

Estudios: Rx columna cervical: lesión que ensancha el espacio prevertebral, luxación vertebral C1-C2.

Fibroscopía: Abombamiento blando de la pared posterior de la faringo-laringe.

TC de columna cervical: lesión expansiva a nivel C1-C2 y luxación atlóido-axoidea con compresión del canal medular cervical.

Virología, inmunoserología, autoinmunidad: normales.

Punción de lesión y cultivo (negativo), tratamiento empírico con ATB ev, respuesta favorable a las 48 hs de instaurado, retroceso de los síntomas neurológicos.

RNM de columna cervical: Osteolisis de la odontoides, restricción de la amplitud del foramen magnum y mielitis compresiva con edema de la medula espinal hasta nivel C3-C4.

**Intervención:** descompresión posterior de C1. Fijación y artrodesis occipitocervical colocación con tornillos poliaxiales, en C3 y C4, pasaje de alambre sublamina bilateral en C2 y montaje del sistema con barras occipito cervicales.

**Conclusión:** paciente mejora posterior a la cirugía y tratamiento ATB, en seguimiento por paresia braquial distal leve en ambos miembros superiores. El síndrome Grisel es una enfermedad rara y de etiología desconocida, sin un estándar para el tratamiento.

**Palabras Clave:** Síndrome de Grisel; Luxación Atlóido; Axoidea; Compresión Medular; Tratamiento

\*\*\*

### Fractura odontoidea en deportista de alto rendimiento resuelta mediante fijación c1-2 por vía posterior

Héctor Rojas, Roberto Herrera, José Luis Ledesma, Julián Pastore, Francisco Sanz

*Sanatorio Los Arroyos, Rosario, Santa Fe, Argentina  
dr.hector.rojas@gmail.com*

**Objetivo:** presentar un caso de fractura odontoidea en un deportista de alto rendimiento y su resolución quirúrgica.

**Material y Método:** paciente masculino de 27 años que en abril de 2013 sufrió fractura odontoidea tipo II a secundaria a traumatismo cervical por zambullida en aguas poco profundas. Fue atendido inicialmente en otro país con diagnóstico de fractura de odontoides. Se colocó halo chaleco como tratamiento definitivo. Posteriormente se realizó TAC de control en la que se observó desplaza-

miento de la fractura. Sin embargo el paciente fue autorizado a viajar a su país de origen.

Consulta nuestro servicio luego de 21 días de tratamiento inmovilizador constatándose desplazamiento de la fractura en la TAC de ingreso.

Se realizó fijación C1-2 por vía posterior mediante alambrado laminar e injerto de hueso homólogo cadavérico.

**Resultado:** se logró una buena artrodesis C1-2. El paciente evolucionó satisfactoriamente retomando paulatinamente su actividad deportiva.

**Conclusión:** el alambrado laminar atlanto axoideo, en comparación con los otros métodos de artrodesis C1-2, puede ofrecer una estabilización satisfactoria con una tasa de complicaciones muy baja.

**Palabras clave:** Fractura Odontoidea; Artrodesis C1-2; Estabilización Cervical; Odontoides

\*\*\*

### Mínima invasión en cirugía del raquis. video-endoscopia del raquis lumbar en hernias que ocupan más del 50% del canal

Daniel Julo De Antoni, Maria Laura Claro, Gabriel Calle  
*Instituto Platense de Cirugía Artroscópica Calle 11 n° 428 La Plata, Prov. Bs. As. djd@netverk.com.ar*

**Objetivo:** el propósito de este estudio es mostrar nuestra experiencia, técnica quirúrgica y evaluar los resultados de un grupo de pacientes en que la hernia lumbar que ocupaba más del 50% del canal raquídeo intervenidos con Cirugía Video-Endoscópica, seguidos por 15 años.

**Material Y Método:** entre 1986 y 1996 fueron operados 222 pacientes de los cuales 175 (78,82%) presentaron invasión del canal entre el 50% y el 90%.

Distribución: de los 175 pacientes 107 (61,14%) hombres y 68 (38,25%) mujeres. El promedio de edad 43 años (rango entre 21-78 años).

De ellos: 25 (24,28%) protrusiones, 120 (68,57%) extrusiones y 30 (17,14%) migraciones.

De acuerdo a su ubicación: L3-L4 4 casos (2,28%), L4-L5 103 casos (58,85%) y L5-S1 68 casos (38,85%).

La técnica quirúrgica utilizada (Journal Of Arthroscopy vol. 12 n°3 1996) es de abordaje endoscópico posterior, bi-portal, trans ligamento amarillo, utilizando irrigación a través de bomba, permanente visualización y triangulación óptico-instrumental.

**Resultados:** excelentes y buenos 168 (96%), Regulares 5 (2,85%) y malos 2 (1,14%).

**Conclusión:** se pudieron tratar el 100% de los casos con mínima invasión bajo riesgo sin necesidad de reconversión a cielo abierto, se mantuvo a lo largo del seguimiento un

largo periodo de buenos resultados. La mínima agresión de las estructuras anatómicas máxima visualización y exactitud óptico instrumental, la evolución post operatoria y reinserción laboral rápida, abre la perspectiva de otras técnicas endoscópicas para el tratamiento de la patología degenerativa del raquis

**Palabras clave:** Hernia Discal; Cirugía Video-Endoscópica del Canal Raquídeo; Endoscopia; Cirugía de Mínima Invasión

\*\*\*

### Fijación Transpedicular Percutánea en Espondilolistesis L4-L5 Traumática. Presentación de un Caso

Marques-Sanches, P. Bendersky A.

*Clínica Delta de Campana, Buenos Aires, Argentina*

*paulomsp@hotmail.com*

**Objetivo:** presentar la resolución quirúrgica, mediante fijación transpedicular por vía percutánea, en un caso de espondilolistesis L4-L5 traumática.

**Caso Clínico:** paciente femenina de 47 años, que consulta en forma ambulatoria por lumbalgia intensa, invalidante, postraumático, refractario a tratamiento médico, con antecedente reciente de accidente automovilístico (8 días atrás). Con examen neurológico normal, no presentando ningún déficit sensitivo ni motor. Se realizan estudios imagenológicos, Rx y RMI de columna lumbosacra, evidenciándose espondilolistesis L4, grado I, con signos de fractura ístmica.

Se decide tratamiento quirúrgico, fijación transpedicular L4-L5 por vía percutánea.

**Intervención:** se realiza artrodesis transpedicular L4-L5, por vía percutánea, con un tiempo quirúrgico de 60 minutos y muy escasa pérdida hemática durante la cirugía.

La paciente evolucionó favorablemente, en el postoperatorio inmediato, comenzándose a movilizar precozmente a la hora del procedimiento.

Con mejoría notable del dolor preoperatorio, y satisfactorio resultado anatomofuncional, se dio el alta en 24 hs.

**Conclusión:** la técnica de artrodesis transpedicular por vía percutánea, es una excelente alternativa quirúrgica, en determinados casos.

Con resultados anatomofuncionales equiparables a los de la cirugía a cielo abierto.

**Palabras clave:** Fijación Transpedicular; Fijación Transpedicular Percutánea; Cirugía Lumbar Mínimamente Invasiva; Espondilolistesis; Fractura Lumbar

\*\*\*

### Hernia de disco L1L2 en contexto atípico. Resolución quirúrgica

Julio Federico Platas, Marcelo Platas, Alec Castro  
*Servicio de Neurocirugía Policlínico del Vidrio. Don Bosco, Pcia. de Bs. As.*  
*jffplatas@gmail.com*

**Objetivo:** comunicar un caso de hernia discal L1-L2, en el marco de un paciente con linfoma no-Hodgkin, y su resolución quirúrgica.

Caso clínico: paciente masculino, con antecedente de linfoma no-Hodgkin diagnosticado hace 14 años, tratado y controlado oncológicamente, sin evidencia de reactivación de su enfermedad de base.

Refiere inguino-cruralgia a predominio izquierdo, precedida de lumbalgia homolateral, de 45 días de evolución y debut mecánico. El dolor referido a la pierna se acentúa progresivamente durante su internación, obligando en los últimos días al uso de opiáceos para su control (VAS 4 bajo morfina).

Se estudia con el objetivo de diagnosticar implantes tumorales abdominales. Con screening (Rx, TAC, centellograma óseo total) negativo, se realiza RMN de columna lumbar y abdomen en la cual se identifica, en columna lumbar, protrusión discal L1-L2 posterolateral izquierda. Teniendo en cuenta la correlación del hallazgo con la clínica, y ante la negatividad del screening oncológico, se propone tratamiento quirúrgico de dicha protrusión.

**Intervención:** se coloca distractor interespinoso L1-L2, con evidente mejoría clínica en el posoperatorio inmediato, mantenida en el tiempo (follow up de dos meses), sin necesidad de haber recurrido al uso de analgésicos desde la cirugía.

**Conclusión:** las hernias de disco a nivel L1L2 son extremadamente infrecuentes, y su indicación quirúrgica motivo de controversia. Destacamos en este caso la utilidad del tratamiento mínimamente invasivo seleccionado (distractor interespinoso) para su resolución.

**Palabras clave:** Hernia de Disco L1L2; Inguinocruralgia; Distractor Interespinoso

\*\*\*

### Hernia disco cervical traumática en canal estrecho cervical constitucional con cuadro medular asociado

José Ignacio Paleo  
*H.I.G.A. Vicente López y Planes, General Rodríguez, Prov. Bs As.*  
*jipaleo@argentina.com*

**Objetivo:** presentar una serie de casos de hernia de disco cervical traumática con cuadro medular asociado en pacientes con canal medular estrecho cervical y revisar bibliográfica sobre el tema.

**Introducción:** se presentan una serie de casos de pacientes con antecedentes de trauma con cuadro medular asociado por lo que se trataron con collar cervical, se les solicitó resonancia cervical y RX cervical en todos los casos y tomografía en uno de ellos, evidenciándose en ellos la existencia de hernia de disco asociado a canal estrecho cervical medido por índice de Torg, produciendo la compresión medular y el cuadro clínico. En todos se realizó el tratamiento quirúrgico con corporectomía y colocación de mesh autoexpansible mas disectomía en 3 de los casos y disectomía y colocación de autoinjerto en uno de ellos, resolviéndose su clínica prácticamente ad integrum en el pop inmediato y con rehabilitación.

**Materiales y métodos:** presentación de una serie de casos de hernia de disco traumática en pacientes con canal estrecho cervical asociado a clínica medular, discusión sobre alternativas quirúrgica para dicha patología y revisión de la literatura.

**Resultado:** se presentan 4 casos entre los meses de enero del 2013 a abril 2014 de patología traumática cervical con hernia de disco asociada a canal estrecho cervical, con consiguiente cuadro clínico medular, todos tratados en primera instancia con collar rígido y en segunda instancia con cirugía. Caso I; paciente de 33 años, evidenciando hernia de disco cervical C5-6 con extrusión discal con progresión ascendente por detrás del cuerpo de C5, se realizó la corporectomía C5 más disectomía con la colocación de mesh autoexpansible. Caso II; paciente de 36 años, evidenciándose hernia de disco C2-3 extruida, se realizó disectomía con colocación de taco óseo de cresta. Caso III, paciente de 23 años, con fractura aplastamiento, conservación de muro posterior, hernia de disco C5-6, por lo que se le realizó corporectomía C5 mas colocación mesh de placa C4-6. Caso IV, paciente de 37 años, con hernia de disco C6-7, al que se le realizó corporectomía C7 con colocación de mesh y placa C6-D1.

Todos con buena evolución en el pop con seguimiento de 1 a 12 meses.

**Conclusiones:** La patología traumática cervical, suele asociarse a hernias discales, pero no siempre genera clínica medular, siendo más frecuente las compresiones radiculares, cuando estas se generan en pacientes con canal estrechos cervicales constitucionales suelen generar la clínica medular que presento nuestro paciente.

**Palabras Claves:** Canal Estrecho Cervical Constitucional; Corporectomía Cervical, Mesh Autoexpansible Cervical, Hernias Discales Cervicales Traumáticas

\*\*\*

**Resolución de mielomeningocele con cifosis rígida congénita. Reporte de un caso**

D. Ebel, M. Lucero, R. Morales, S. Vallejos, P. Manzone, E. Mariño Ávalos

*Hospital Pediátrico "Dr. Avelino Castelán". Resistencia, Chaco**dimasebel@gmail.com*

**Objetivo:** presentar un caso clínico de mielomeningocele (MMC) con cifosis rígida congénita lumbar, médula anclada, con discontinuidad L1 y espina bífida asociado con fístula espontánea de LCR por escara cutánea lumbar. Analizar las alternativas terapéuticas en la bibliografía.

**Descripción:** paciente masculino de 13 años, antecedentes de hidrocefalia y MMC operado a 24 horas de vida. Realiza consulta por síndrome febril, escara lumbar de 5 años de evolución y fístula de LCR por la misma. Se solicita RNM de columna lumbo-sacra que objetiva cifosis rígida congénita lumbar, médula anclada y espina bífida lumbo-sacra.

**Intervención:** se abordó la columna dorso lumbo sacra vía posterior, se objetiva discontinuidad del saco dural en L1 con pérdida de LCR a través del defecto, se realiza desanclaje de raíces nerviosas, osteotomía de cuerpos vertebrales lumbares altos ("Kifectomía") por vía posterolateral, reducción y fijación. La osteosíntesis se realiza primariamente por vía posterior con tornillos trans-pediculares en T3, T4, T5, T6 y T7 a nivel dorsal, L4 a nivel lumbar y fijación sacropelvica por Técnica de Dunn-MacCarthy modificada. Se adiciona una osteosíntesis anterolateral en el vértice de la corrección con tornillos y barra. Cierre de escara lumbar por cirugía plástica a través de colgajos mio-cutáneos e injertos libres de piel.

**Conclusión:** permitió resolver múltiples complicaciones por la misma vía a través del abordaje multi-interdisciplinario. El tratamiento de deformaciones raquídeas de origen congénito sigue siendo motivo de controversia y de grandes exigencias técnicas.

**Palabras clave:** Médula Anclada; Fístula de LCR; Disrafia Espinal; Deformaciones Raquídeas

\*\*\*

**Reabsorción Espontánea de Hernia Discal Cervical Post-Laminectomía. Presentación de Caso**

Martin Asem, Leopoldo Luque, Julio Federico Platas, Ariel Sainz, Darío Morales, Matías Sotelo

*Hospital Interzonal General de Agudos Presidente Perón de**Avellaneda. Servicio de Neurocirugía  
martinasem@hotmail.com*

**Objetivo:** presentación de un paciente con hernia discal C2-C3 con reabsorción espontánea de la misma tras realización de laminectomía.

**Descripción:** paciente masculino de 57 años con cuadro de cuadriparesia moderada de seis meses de evolución y cervicalgia de larga data. RMN de columna cervical evidencia hernia discal voluminosa a nivel C2-C3 que interrumpe la señal de LCR.

**Intervención:** se realiza laminectomía C2-C3 y posterior control evolutivo e imagenológico a lo largo de 18 meses, al cabo de los cuales se observa la reabsorción total del disco extruido y la recuperación sintomatológica del paciente.

**Conclusión:** la reabsorción espontánea de las hernias de disco cervicales es un proceso del cual existen varios casos documentados con evolución natural o a posterior de procedimientos indirectos sobre las mismas, y debe ser tenido en cuenta en el manejo de la patología.

**Palabras clave:** Hernia Discal Cervical; Reabsorción Espontánea; Laminectomía

\*\*\*

**Análisis de la Trayectoria del proyectil en Heridas por Arma de Fuego Espinal y su Implicancia en la Decisión Quirúrgica**

Brignone C, Orellana M, Rellan N, Libenson F, Arena A, Fernandez Pisani R

*Hospital Churruca, C.A.B.A.**chinobrignone@gmail.com*

**Objetivo:** análisis de la trayectoria del proyectil en heridas de arma de fuego espinal, su implicancia en la decisión quirúrgica y resultados terapéuticos.

**Introducción:** las heridas de arma de fuego espinal corresponden a un alto porcentaje de las lesiones medulares ocasionadas en actos criminales o ejercicios militares. La trayectoria del proyectil determina el déficit neurológico que puede estar relacionado con el trauma directo ocasionado por el mismo, fragmentos óseos o fragmentos discales, que finalmente provoquen lesión medular.

**Material y método:** se presenta un análisis retrospectivo de pacientes con heridas provocadas por arma de fuego a nivel espinal ingresados en el Complejo Médico Policial Churruca-Visca. Se estudian la trayectoria del proyectil, la clasificación de la misma utilizando la escala GATA-SMI, además de una revisión bibliográfica.

**Conclusión:** la trayectoria del proyectil está en directa relación con la lesión neurológica provocada. Por lo cual, el

análisis temprano del recorrido, junto con el estado clínico y el compromiso neurológico del paciente, son factores que deben ser correctamente evaluados a la hora de la decisión terapéutica y la táctica quirúrgica.

**Palabras clave:** Gunshot Wound Spine; Bullet Injury Spine

\*\*\*

**Dolor lumbar axial puro por cambios degenerativos comunes. ¿Hay evidencia científica para el tratamiento quirúrgico?**

Ricardo Prina, Manuel Quinteros, Florencia Cassini, Aníbal Devechi, Ramiro Gutiérrez

*Servicio de Neurocirugía y Cirugía de Columna. Servicio de Neurología. Clínica Güemes. Luján. Buenos Aires*

*ramirogutierrez@ciudad.com.ar*

**Objetivo:** realizar un análisis bibliográfico amplio que incluya todo lo referido a Dolor Lumbar Axial Puro. Buscar evidencia científica que apoye el tratamiento quirúrgico en el dolor axial lumbar puro de origen degenerativo.

**Material y Métodos:** se analizó toda la bibliografía referida a dolor lumbar axial puro de origen degenerativo de los últimos 10 años (PUBMED. OVID). Causas, curso, factores pronósticos, factores de riesgo, imágenes. Se excluyó el dolor axial lumbar de origen patológico (traumático, tumoral, infeccioso, metabólico).

**Resultados:** aunque hay estudios que sugieren que los pacientes con dolor lumbar axial tienen mayor prevalencia a presentar cambios degenerativos en la RM, no son concluyentes en referencia a si esos cambios degenerativos son la causa del dolor lumbar. No hay evidencia que demuestre que el tratamiento quirúrgico en pacientes con dolor lumbar puro por cambios degenerativos comunes sea superior al tratamiento no quirúrgico. Hay una fuerte evidencia en contra del tratamiento quirúrgico para el dolor lumbar puro por cambios degenerativos comunes.

**Conclusión:** no hay ninguna evidencia científica (clase 3) que respalde la eficacia y mejoría a largo plazo del tratamiento quirúrgico en el dolor lumbar puro por cambios degenerativos comunes.

**Palabras Clave:** Degenerativo Común; Evidencia científica; Dolor Axial; Tratamiento Quirúrgico

\*\*\*

**Dolor cervical axial puro por cambios degenerativos comunes. ¿Hay evidencia científica para el tratamiento quirúrgico?**

Ramiro Gutiérrez, Manuel Quinteros, Florencia Cassini, Aníbal Devechi, Ricardo Prina  
*Servicio de Neurocirugía y Cirugía de Columna. Servicio de Neurología. Clínica Güemes. Luján, Buenos Aires*  
*ramirogutierrez@ciudad.com.ar*

**Objetivo:** realizar un análisis bibliográfico amplio que incluya todo lo referido a Dolor Axial Cervical. Buscar evidencia científica a favor del tratamiento quirúrgico en el dolor axial cervical puro por cambios degenerativos comunes.

**Material y Métodos:** se analizó toda la bibliografía referida a Dolor Axial Cervical de origen degenerativo de los últimos 10 años (PUB MED, OVID) , excluyéndose el dolor cervical axial de origen patológico (trauma, tumores, metabólico, infeccioso). Se evaluaron el curso, las causas, los factores pronósticos y de riesgo, las imágenes y los resultados de los tratamientos quirúrgico y no quirúrgico.

**Resultados:** no está demostrado que los cambios degenerativos comunes de la columna cervical encontrados en los estudios de imágenes estén asociados a dolor cervical. No hay evidencia de que los cambios degenerativos comunes cervicales sean un factor de riesgo en el dolor cervical.

**Conclusión:** ninguno de los estudios sobre tratamiento quirúrgico en pacientes con dolor cervical axial puro por cambios degenerativos comunes han demostrado efectividad clínica ni han sido superiores al tratamiento no quirúrgico. No hay evidencia científica que respalde el procedimiento quirúrgico como fusión anterior, fusión posterior o artroplastia para el dolor cervical puro con cambios degenerativos comunes

**Palabras Clave:** Dolor Axial; Cambios Degenerativos Comunes; Tratamiento Quirúrgico; Evidencia Científica

\*\*\*

**Osteosíntesis transfixiante lumbo-sacra (2da parte)**

Florencia Cassini, Manuel Quinteros, Diego Giani, Ramiro Gutiérrez, Ricardo Prina

*Servicio de Neurocirugía y Cirugía de Columna. Clínica Güemes. Luján, Buenos Aires*

*ramirogutierrez@ciudad.com.ar*

**Objetivo:** presentar tres pacientes con espondilolistesis L5-S1 tratados por instrumentación transfixiante más artrodesis autóloga póstero-lateral.

**Descripción:** se presentan tres pacientes con espondilolistesis L5-S1 con dolor lumbar severo, progresivo, que se incrementa con el movimiento, por inestabilidad. Dos pacientes fueron tratados hace 2 años y presentados en Neuroraquis 2012. Se muestran estudios actuales con

control de la fusión lograda. Un paciente fue operado recientemente.

**Intervención:** en los tres casos se utilizó la vía posterior. En un paciente, instrumentación L4-L5-S1 transfixiante. En los otros dos casos, L5-S1 transfixiante. Los tornillos S1 siguiendo dirección caudo cefálica medial, atraviesan espacio discal y se introducen en el cuerpo de L5. Control Radioscópico. Este procedimiento es completado con artrodesis autóloga con cresta.

**Conclusión:** la técnica descrita originalmente por ABDU en el año 1994 puede ser utilizada en casos específicos (listesis mayores al 50%, espacios discales colapsados, cirugías de revisión). Los resultados son similares a la fusión circunferencial o 360°. La fusión se realiza sin modificar ángulos ni generar cambios en el desplazamiento y en la altura del espacio y las vértebras involucradas. Por ello, es clave que el balance sagital sea normal.

**Palabras Clave:** Transfixiante; Lumbo-Sacro; Balance Sagital; Listesis L5-S1; Técnica de ABDU

\*\*\*

### Fractura cervical c6 tipo c1 rotacional unilateral. Tratamiento quirúrgico por triple vía

Manuel Quinteros, Florencia Cassini, Ramiro Gutiérrez, Ricardo Prina

*Servicio de Neurocirugía y Cirugía de Columna. Clínica Güemes. Luján, Buenos Aires*

*ramirogutierrez@ciudad.com.ar*

**Objetivo:** presentación de paciente con fractura cervical C6 TIPO C1 y rotacional unilateral realizando un abordaje con triple vía: reducción, alineación y fusión en 360 grados.

**Descripción:** Se presenta un paciente con traumatismo directo cervical, sufriendo fractura laminar y articular izquierda de C6 con compromiso facetario rotacional unilateral. Dolor cervical y braquialgia izquierda aguda.

**Intervención:** se realizó abordaje anterior con microdiscectomía C6-C7, fracasando el intento de reducción. Abordaje posterior, exposición laminas y articulares izquierda del mismo nivel. Reducción y alineación. Instrumentación con tornillos translaminares unilaterales y artrodesis autóloga. Nuevamente vía anterior, artrodesis intersomática con cage de peek más placa de bloqueo anterior.

**Conclusión:** la triple vía fue necesaria para lograr una reducción y alineación de la fractura. En este caso específico donde fue imposible la reducción de la fractura durante el primer tiempo anterior, es necesario realizar una liberación posterior que permita la reducción y, luego, volver a la vía anterior para completar el tratamiento.

**Palabras Clave:** Fractura; Trauma; Reducción; Vía Anterior; Vía Posterior; Artrodesis

\*\*\*

### Resolución quirúrgica de extenso ependimoma dorsal

Javier San Martin, Emilio Mezzano, Matias S. Berra, Ricardo V. Olocco, Francisco R. Papalini

*Servicio de Neurocirugía del Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina*

*javier-sanmartin@hotmail.com*

**Objetivo:** presentar un paciente con extenso ependimoma anaplásico intramedular dorsal, analizando su presentación clínica, localización, abordaje y resultados quirúrgicos.

**Descripción:** análisis de un paciente de 44 años con antecedentes de escoliosis severa que presenta dolor dorsal bajo y parestesias en ambos miembros inferiores de 4 meses de evolución que incrementan su intensidad con el tiempo. Posteriormente el paciente sufre deterioro agudo que evoluciona en horas hacia un síndrome medular completo sub D10. Se realizan estudios imagenológicos que demuestran lesión en columna dorsal (desde D6 a D10) compatible con tumor intramedular.

**Intervención:** se realiza laminotomía en bloque, de D6 a D10 con exposición del saco dural en dicha extensión objetivando engrosamiento y aumento de la tensión del mismo. Al realizar apertura dural se observan cambios de coloración medulares con signos de sangrado dispuestos de forma heterogénea. Se realiza exéresis macroscópica completa del mismo y se envía a anatomía patológica que informa como ependimoma anaplásico grado III. El paciente evoluciona sin modificar el cuadro neurológico de ingreso.

**Conclusión:** los tumores primarios intramedulares son una entidad poco frecuente cuya evolución postquirúrgica está directamente relacionada con el cuadro neurológico de ingreso por lo que es fundamental el diagnóstico precoz de los mismos. El objetivo de la cirugía debe ser siempre el intento de resección completa ya que en la mayoría de los casos se trata de lesiones benignas.

**Palabras Clave:** Tumor Intramedular; Síndrome Medular Completo; Ependimoma

\*\*\*

### Paciente con artritis reumatoidea y trauma cervical

Lehrner P.; Galati, A.; Markarian, M.; Monti, A.

*Sección Columna, Servicio de Neurocirugía HMVL "Bernar-*

do Houssay”

alejandro\_galati@hotmail.com

**Objetivo:** consiste en mostrar nuestra experiencia con un paciente de 62 años que presentó trauma cervical con el antecedente de AR, sin evidencia de subluxación C1-C2 en estudios anteriores, así como también evidenciar los criterios de diagnóstico y tratamiento quirúrgico utilizados.

**Método:** se describe un paciente masculino de 62 años con antecedentes de AR diagnosticada hace 15 años, sin síntomas cervicales previos, que presenta trauma cervical por caída de objeto contundente a nivel dorsal del cuello. El paciente llega derivado por servicio de reumatología a nuestro servicio con Cervicalgia y déficit progresivo de MMSS a nivel distal. Se realiza diagnóstico de luxación atloideo-axoidea reductible con un IAO mayor de 1cm, con RNM, TAC y RX dinámicas. Se sospecha lesión del ligamento transversal concomitante a su enfermedad de base. Se decide artrodesis C1C2 por vía posterior. Se realizó artrodesis C1C2 con tornillos transmasa lateral C1 y tornillos translaminares C2.

**Resultado:** se obtuvo una reducción Ad Integrum del IAO y evolución favorable. El compromiso de la columna vertebral, en la Artritis Reumatoidea (AR), se encuentra en segundo puesto en incidencia detrás de la afección de manos y pies. La afectación de la columna cervical es prácticamente constante, pudiendo llegar al 80% de los enfermos con AR que superan los 20 años de evolución.

**Conclusión:** los pacientes con AR sintomáticos con un IAO mayor a 5 mm, los pacientes asintomáticos con un IAO mayor a 8 mm y las lesiones del ligamento transversal son indicaciones de artrodesis C1-C2. Las técnicas actuales más sólidas son aquellas que tienen 2 o 3 puntos de contacto del complejo Atlanto-axoideo: Magerl, Harms, Brooks o Halifax.

**Palabras clave:** Artritis Reumatoidea; Trauma Cervical; Artrodesis C1-C2

\*\*\*

### XLIF. Experiencia del servicio. Revisión bibliográfica

José Ignacio Santa María, Pablo Marino, Natalia Roura, Andrés Cervio y Hernán Pinto

*Servicio de Neurocirugía y Servicio de Ortopedia y Traumatología. FLENI. CABA, Argentina*

*jisantamaria@fleni.org.ar; joses\_sm@hotmail.com*

**Objetivo:** presentar nuestra experiencia en la realización de XLIF. Revisión bibliográfica.

**Método:** revisión retrospectiva de historias clínicas de los

pacientes tratados mediante XLIF. Se valoró edad, antecedentes médicos-quirúrgicos, síntomas y examen neurológico, diagnóstico, niveles instrumentados, evolución postoperatoria.

**Resultados:** se realizaron 11 XLIF en 9 pacientes. Edad promedio de 69 años, 66.6 % femeninos. Cuatro pacientes tenían artrodesis lumbares previas, y un paciente laminectomía descompresiva lumbar. Los síntomas predominantes fueron lumbalgia y radiculalgia en el 33.3%, como también claudicación de marcha en 28.5% de los casos. Predominaron trastornos sensitivos y motores al examen físico. Los diagnósticos más frecuentes fueron desbalance sagital, escoliosis y canal estrecho lumbar. Excepto en un caso, se completó con artrodesis posterior. El promedio de internación fue de 2.8 días. Como complicaciones se hallaron dolor transitorio en herida quirúrgica en cuatro pacientes.

**Conclusión:** la realización de XLIF representa una buena opción para fusión intervertebral segmentaria, siendo mínimamente desestabilizante; además, permite una descompresión indirecta del canal espinal y de los forámenes. Presenta mínima estadía hospitalaria con una escasa tasa de complicaciones médico-quirúrgicas. No se ve influenciado por la edad del paciente. Permite corrección de ángulos lumbares y puede ser parte de un tratamiento combinado.

**Palabras clave:** XLIF; Fusión Intervertebral; Abordaje Lateroabdominal Retroperitoneal Transposas

\*\*\*

### Foraminotomía y microdiscectomía cervical: indicaciones, técnica y complicaciones

Hernán Pinto, Guillermo Vergara, Andrés Cervio, Santiago Condó Alcorta, Pablo Marino, Jorge Salvat

*Servicio de Neurocirugía, Instituto FLENI, Buenos Aires, Argentina*

*hpinto@fleni.org.ar*

**Objetivo:** describir las foraminotomías asociadas o no a discectomías y analizar sus indicaciones, la técnica quirúrgica y las complicaciones.

**Método:** se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a partir de historias clínicas y base de datos de imágenes en el servicio de neurocirugía de FLENI desde el año 1994 hasta el 2013, de los pacientes en los que se realizó una foraminotomía asociada o no con discectomía.

**Resultados:** sobre un total de 94 pacientes, se encontró que 71 % eran hombres y 29 % mujeres, con una edad promedio de 43 años. El nivel más afectado fue C6-C7. Se realizó foraminotomía asociada a microdiscectomía en

el 79 % y foraminotomía sola en 21 %. Dos pacientes presentaron complicaciones. El tiempo de internación promedio fue de 2.84 días.

**Conclusión:** la foraminotomía asociada o no a microdissectomía está indicada en el tratamiento de patología discal cervical foraminal o lateral. Es una técnica quirúrgica rápida, con un corto periodo de internación y con un bajo porcentaje de complicaciones.

**Palabras claves:** Foraminotomía; Microdissectomía; Abordaje Posterior

\*\*\*

### Tumores raquimedulares: serie de casos

Emanuel Orellana Saravia, Débora Lombardi, Florencia Ramos, Mariano Lorenzo, Máximo Marchetti, Jorge Procyk

*Servicio de Neurocirugía, HIGA Pedro Fiorito, Buenos Aires, Argentina*

*neurocirugiafiorito@yahoo.com.ar*

**Objetivo:** analizar la incidencia, presentación clínica y resultados post operatorios de tumores raquimedulares.

**Método:** estudio retrospectivo en el periodo 2008 -2013 en el H.I.G.A Pedro Fiorito. Se analizaron 26 historias clínicas de pacientes operados por patología tumoral raquimedular, evaluando: sexo, edad, clínica de presentación, nivel comprometido, compartimento afectado, diagnóstico anatomopatológico, cirugía y evolución.

**Resultados:** 247 cirugías de columna, 26 tumores. 62% sexo femenino, 38% masculino, con una edad promedio de 45 años. Clínica: 39% déficit motor con nivel sensitivo, 35% déficit motor aislado, 25% dolor. Nivel: 50% dorsal, 31% lumbar, 19% cervical. Localización: 38% extradural, 47% intradural extramedular, 15% intramedular. Histología: 24% neurinoma, 20% linfoma, 8% ependimoma, 8% meningioma, 3% ganglioglioma, 3% cordoma, 28% metástasis, 3% inespecífico. Técnica quirúrgica: exeresis total con laminectomía de 2 niveles en 65% de los casos vinculados a celularidad benigna y 35% exeresis subtotal en tumores infiltrantes. Evolución: 54% mejoró, 38% empeoró el status neurológico y 8% sin cambio.

**Conclusión:** en nuestra serie encontramos mayor número de tumores primarios, siendo los neurinomas los más frecuentes. La forma clínica de presentación en la mayoría fue déficit neurológico con una historia previa de dolor, de ahí que el diagnóstico precoz es fundamental ya que esto influye en el resultado quirúrgico.

**Palabras clave:** Cirugía; Neurinoma; Tumores Raquimedulares

\*\*\*

### Infiltración Epidural en Pacientes con Lumbociatalgia

Emanuel Orellana Saravia; Rodrigo Riera; Pablo Chipolini; Natalia Lombardi; Fernando Latorre; Silvia Stepaniuk

*Servicio de Neurocirugía, HIGA Pedro Fiorito, Buenos Aires, Argentina*

*neurocirugiafiorito@yahoo.com.ar*

**Objetivo:** evaluar la respuesta de la infiltración epidural en la lumbociatalgia.

**Método:** estudio retrospectivo período enero 2012 a septiembre de 2014, en el Hospital P. Fiorito. Se realizó a 59 pacientes con lumbociatalgia bloqueo epidural a través de espacio interespinoso, inyección de corticoide y de bupivacaina al 0,125%. Se evaluó: sexo, edad, patología del raquis, mejoría sintomática a los 15 días, 90 días y 6 meses utilizando escala análoga visual de dolor. Se consideró mejoría significativa a la reducción mayor al 50% del dolor, mejoría parcial entre 25 y 50% y no significativa menor del 25%, pacientes sometidos a segunda infiltración, o necesidad de cirugía.

**Resultados:** 52% femenino 48% masculino. 48% de los casos en el grupo etario de 40-59 años; 66% correspondieron a patología discal, 44% canal lumbar estrecho. A los 15 días presentaron una mejoría significativa el 60%, mejoría parcial el 22%, no significativa un 18%. A los 90 días mejoría significativa 51%, mejoría parcial 26%, no significativa 22%. A los 6 meses mejoría significativa 31%, mejoría parcial 23%, no significativa 46%. En el 22% de los casos se realizó un segundo bloqueo epidural. Como complicaciones: cefalea (1), hipotensión arterial (1) y durotomías involuntarias (3). El 24% de los pacientes requirió cirugía.

**Conclusión:** en nuestra serie de casos se presentó buena respuesta sintomática del 51% de los casos a los 90 días, con una baja morbilidad (8%).

**Palabras claves:** Bloqueo Epidural; Corticoterapia; Lumbociatalgia; Espacio Interespinoso

\*\*\*

### Tratamiento de la pseudoartrosis cervical por vía anterior: presentación de 6 casos y revisión de la literatura

Nicolás Nasi, Pablo Jalón, Ignacio Barrenechea

*Hospital de Clínicas "José de San Martín" (CABA), Sanatorio Los Alerces; Rosario (Santa Fe)*

*drbarrenechea@fibertel.com.ar*

**Objetivo:** presentar 6 casos de pseudoartrosis resueltas

quirúrgicamente por vía anterior y discutir las diferentes alternativas quirúrgicas para lograr la estabilización de esta complicación.

**Método:** se revisaron las historias clínicas y protocolos quirúrgicos de todos los casos de hernia discal cervical tratados en nuestros servicios entre el 01 de Junio del 2006 y el 01 de abril de 2014.

**Resultados:** se encontraron 6 pacientes (5 mujeres y un varón) que fueron tratados quirúrgicamente por pseudoartrosis (3 en la CABA y 3 en Rosario, SF). La edad media fue de 51.5 años. Todos los casos fueron tratados por vía anterior excepto uno en el cual se suplementó además por vía posterior. En 2 casos se extrajo un cage intersomático y en 2 casos se extrajeron 4 cages intersomáticos. En 5 casos

se utilizó un nuevo cage con fosfato tricálcico en su interior y en uno se utilizó hueso de cresta ilíaca. Se presentó un caso de parálisis completa del recurrente que requirió cirugía posterior, un caso de parálisis transitoria y una paresia braquial transitoria en el postoperatorio. No hubo complicaciones vasculares o esofágicas.

**Conclusión:** la vía anterior resultó eficaz y segura en el tratamiento de esta complicación. En todos los casos fue posible reseca la pseudoartrosis y efectuar directamente la descompresión radicular. No hubo complicaciones severas relacionadas con esta vía.

**Palabras Clave:** Cage Intersomático; Discectomía; Hernia de Disco Cervical; Pseudoartrosis