

## Patología tumoral

### Osteocondroma del cuerpo de T 12 en paciente pediátrico con osteocondromatosis múltiple familiar

J.P. EMMERICH, D. DEMARCHI, M. FERREYRA, S. FEDRIANI, N. FIORE, C. FERNÁNDEZ

**Objetivo.** Se describe un tumor del cuerpo vertebral de T 12 como rara forma de presentación de osteocondromatosis múltiple familiar en un paciente de 2 años de vida.

**Descripción.** Paciente de sexo femenino de 2 años de vida portadora de Osteocondromatosis Múltiple Familiar con paraparesia progresiva a predominio izquierdo, Frankel B, sin nivel claro, hipotonía del esfínter anal e incontinencia urinaria. Presenta tumoración del cuerpo de la vértebra torácica 12, con crecimiento al canal y severa compresión medular. Lesión de características óseo-cartilaginosa. En el resto del esqueleto óseo se encontraron varias lesiones de similares características.

**Intervención.** Se realiza abordaje combinado. Por vía anterior tóraco-lumbo-frenotomía izquierda, reseccándose la XI<sup>o</sup> y la XII<sup>o</sup> costillas. Se realiza corporectomía T XII y resección de discos adyacentes. Por vía posterior se efectúa laminectomía y extracción de arco izquierdo. Fresado del cuerpo vertebral con exéresis en bloque de la lesión tumoral. Se colocan injertos somáticos en puente con costillas resecaadas. Control intraquirúrgico con PEES sin variaciones de significación patológica.

**Conclusión.** El proceso de crecimiento de estas lesiones suele ser lento, motivo por el cual es excepcional la presentación de masas tumorales de este tamaño en pacientes de tan corta edad. La elección del abordaje combinado con la resección del arco vertebral permitió una excelente exposición de la lesión favoreciendo la correcta resección de la misma

### Meningiomas intraespinales

A. HERNÁNDEZ, E. ECHEVERRÍA, V. VIERA, N.B. ALMERARES

**Objetivo.** Presentar algunas consideraciones acerca de la clínica, diagnóstico y evolución de los meningiomas espinales, realizando una revisión de la literatura contemporánea.

**Método.** Analizamos retrospectivamente una serie de 4 pacientes adultos que consultaron a este servicio, 3 mujeres y 1 varón, cuya edad promedio fue de 59,7 años. El tiempo de evolución clínica promedio fue de 6 meses y todos presentaron alteraciones motoras. Fueron sometidos a resonancia magnética espinal con y sin contraste evidenciándose proceso ocupante a nivel dorsal con refuerzo del contraste.

Se realizó abordaje neuroquirúrgico en todos los casos,

mediante laminectomía y resección tumoral, confirmando el diagnóstico histológico de meningioma.

**Resultados.** Todos los pacientes cursaron con síndrome de compresión medular progresiva, la localización tumoral fue dorsal en posición lateral, la resonancia magnética permitió observar la posición, tamaño y desplazamiento medular secundario a la compresión, favoreciendo la optimización de la planificación quirúrgica. Los pacientes presentaron mejoría clínica en 3 casos que habían cursado con paraparesia preoperatorio, un caso con paraplejía prequirúrgica no modificó el cuadro neurológico.

**Conclusión.** El meningioma espinal, es el segundo tumor intrarraquídeo más frecuente en un 22%. Son lesiones globulosas con base en la duramadre. Son más frecuentes en mujeres que en varones, entre la cuarta a la sexta década de la vida. Se localizan en cualquier nivel del canal espinal, siendo la mayoría en el segmento dorsal. Están frecuentemente adheridos a la inserción del ligamento dentado. Generalmente son benignos, rara vez se malignizan y de crecimiento lento que puede evolucionar durante años. La mayoría de estos tumores son de ubicación intradural-extramedular (90%). La sintomatología que presentan son déficit motor y sensitivo en un 90% y 60%, respectivamente, y en un 50% de los casos se presenta disfunción de los esfínteres y dolor (local, radicular y funicular). La radiografía de columna suele ser normal, puede haber una lesión ósea (pedículo o cuerpo vertebral); las calcificaciones son raras y visibles sólo en 1-5% de los casos. La mielografía muestra una masa localizada en compartimiento extramedular-intradural. El espacio subaracnoideo del lado de la lesión está ensanchado y la médula espinal y las raíces nerviosas desplazadas. Los tumores de gran tamaño pueden bloquear el flujo del contraste hacia arriba. La resonancia magnética permite observar con claridad su extensión y su relación con la médula espinal; la mayoría de los meningiomas son isointensos con respecto a la médula espinal tanto en las secuencias en T1 como en T2. Tras la administración del contraste se ve un realce moderado y relativamente homogéneo. La mayoría de meningiomas presentan una ancha base de adherencia a la duramadre y en estos casos se ve el signo de la "cola" dural. El tratamiento de elección es el quirúrgico, con resección completa, lo que técnicamente es dificultoso. La radioterapia y la quimioterapia no son terapéuticas útiles.

### Ocupación medular cervical en Sjogren

L. BUGIOLACCHI, J. RIMOLDI, M. ESPECHE

**Objetivo.** Presentar el caso no usual de paraparesia en una paciente con antecedente de síndrome de Mickulicz

**Descripción.** Paciente de 50 años, con antecedentes de parotidectomía izquierda por síndrome de Mickulicz a los treinta años, que inicia con parestesias y dolor en miembro inferior derecho al cual se le agregan, progre-

sivamente paresia con déficit esfinterianos, con nivel sensitivo a nivel de la segunda vértebra cervical. Se realiza IRM donde se visualiza engrosamiento del cordón cervical hipointensa en T1 con leve refuerzo de gadolinio. Se decide exéresis quirúrgica.

**Intervención.** La paciente fue intervenida, efectuándose laminotomía C2-C3 con disección del tabique intermedio medular, visualizándose tumor de aspecto infiltrante, el cual anatomía patológica informa como proliferación glial con algunos elementos de tipo reactivo, vasos de paredes gruesas e hialinas con infiltrado linfocitario perivascular, compatible con glioma infiltrante de bajo grado. La paciente presenta buena evolución, con mejoría notable de la paresia, llegando a deambular por lo que se decide el alta. Se reinterna al año siguiente por presentar cuadriparesia flácida de brusca aparición. Se realiza IRM que demuestra área hipointensa sin refuerzo de contraste intramedular correspondiente a gliosis secuelear en área de resección quirúrgica sin signos de recidiva tumoral. Se plantean otros diagnósticos diferenciales de compresión medular, entre ellos, el Sjogren. En interconsulta con reumatología, se realizan pruebas serológicas y biopsia de mucosa yugal, que arrojan el diagnóstico de Sjogren, y se inicia tratamiento con corticoides, con la mejoría clínica de la paciente. Actualmente, la paciente deambula con ayuda, y presenta distonía de miembro superior, en estudio.

**Conclusión.** No contamos con bibliografía extensa referente a casos de ocupación medular por Sjogren, y aunque el tratamiento ideal no es el quirúrgico, debemos tenerlo en cuenta como diagnóstico diferencial.

#### **Resección microquirúrgica por hemilaminectomía de tumores intradurales-extramedulares: nota técnica.**

J. J. MEZZADRI, A. CAMPERO, S. GONZÁLEZ ABBATI

**Objetivo.** Describir la técnica de extirpación microquirúrgica por hemilaminectomía de neurinomas y meningiomas espinales intradurales extramedulares.

**Descripción.** La técnica fue empleada en 7 pacientes, con una edad media de 58 años. Se resecaron 4 neurinomas (1 cervical, 2 dorsales y 1 lumbar) y 3 meningiomas dorsales. Los pasos fueron: 1° determinar el camino a seguir [siguiendo la porción del tumor más superficial y más alejada de la médula], 2° regular la profundidad [ajustando la altura del retractor y apartando la masa muscular], el ángulo de trabajo [inclinando el microscopio y la camilla] y el área de trabajo [determinando la amplitud de la resección ósea], 3° reseca la o las hemilaminas correspondientes y abrir la duramadre y 4° utilizar las técnicas microquirúrgicas de apertura, disección aracnoidea y vaciamiento intratumoral para la extirpación. En los neurinomas luego del vaciamiento es posible luxarlos, en los meningiomas

es necesario coagular su base de implantación dural para hacerlo. La resección fue completa en todos los casos, sólo en un paciente la paraparesia aumentó por 24 horas y en todos la internación fue de 48 a 96 horas.

**Conclusión.** La técnica empleada fue suficiente para efectuar una extirpación completa sin mortalidad y con poca morbilidad.

#### **Osteocondroma dorsal: una causa inusual de compresión medular**

J. HOLGUÍN, A. CAMPERO, S. GONZÁLEZ ABBATI, P. JALÓN, J. J. MEZZADRI, A. CARRIZO

**Objetivo.** Describir y analizar un nuevo caso de osteocondroma dorsal.

**Descripción.** Un paciente de 19 años y sexo femenino, comienza hace 4 meses con dificultades en la marcha y parestesias en miembros inferiores. Al examen físico se evidencia una paraparesia moderada con hiperreflexia y clonus. Las imágenes por resonancia magnética (IRM) mostraron una lesión redondeada a nivel dorsal 4, de ubicación posterior, que invadía el canal y comprimía la médula, hipertensa en las imágenes ponderadas en T1 e hipointensa en las imágenes ponderadas en T2.

**Intervención.** A través de una laminectomía a dicho nivel, la lesión extradural que se originaba en la lámina, fue resecada completamente. Patología informó que se trataba de un osteocondroma. Los síntomas retrogradaron y actualmente la paciente deambula sin dificultades.

**Conclusión.** El osteocondroma dorsal es un tumor fácilmente resecable, de buen pronóstico neurológico, cuyo diagnóstico se puede suponer por IRM.

#### **Vértigo como síntoma asociado en los neurinomas intracanaliculares de la columna cervical: reporte de un caso y revisión bibliográfica**

J. RÍOS RECALDE, A.M. GRANGEAT

**Objetivo.** Revisión bibliográfica del vértigo como síntoma principal en los neurinomas intracanaliculares (intradurales - extramedulares) de la columna cervical.

**Descripción.** Paciente de 61 años de edad, que comienza con cuadro de dolor en hombro y escápula derecha asociada con vértigo (de origen periférico) e inestabilidad en la marcha [latero pulsión derecha] de 4 meses de evolución. Evaluado por ORL, alteración de las pruebas otorrinolaringológicas. Se le solicita IRM que demuestra formación tumoral intradural -extramedular en región lateral derecha a nivel C4-C5; hipointensa en los tiempos T1-T2 y levemente hiperintensa en la secuencia STIR, con refuerzo en el postgadolinio.

**Intervención.** Es intervenido quirúrgicamente, realizándosele abordaje posterior y medial de la columna cervical desde el nivel C3-C6, con hemilaminectomía C4

y C5, apertura dural longitudinal, observándose formación en la región lateral derecha que involucra la raíz C4 del mismo lado y desplaza la medula espinal hacia la izquierda. Se efectúa resección del tumor, incluyendo su porción intraforaminal. Confirmándose por anatomía patológica el diagnóstico de neurinoma.

**Conclusión.** El vértigo no se encuentra reportado como uno de los síntomas "frecuentes" en los pacientes portadores de neurinomas cervical (tumor intradural - extramedular). En el paciente que presentamos se consideraría la presencia del vértigo como expresión de la compresión neurovascular por osteopatía (osteoartritis cervical-espondilosis cervical) como bien lo señala Wada en su trabajo de 1990, único reporte que intenta aclarar la presencia de este síntoma en pacientes portadores de neurinoma cervical intracanalicular.

### Lumbociática por tumoración yuxtafacetaria atípica en varón adulto joven

G. CAMPOLONGO, G. ESTEFAN, M. DAFFRA, S. GÜZZO,  
R. CERATTO, C. PILIPCZUK

**Objetivo** Describir un caso clínico atípico de lumbociática considerando la edad de presentación sin factores desencadenantes aparentes.

**Descripción.** R.A. 18 años, masculino. Deporte: rugby. Lumbociatalgia derecha con irradiación metamérica L5 de 3 meses de evolución, comienzo insidioso y progresivo sin respuesta a AINES. Lasegue derecha 40°, leve paresia dorsiflexión pie derecho, hipoestesia L5 derecha. IRM: lesión quística intrarraquídea extradural, de 13 x 10 mm que compromete el receso lateral y foramen neural derecho L4-L5 que no modifica con gadolinio.

**Intervención.** En la cirugía se constató una lesión quística con contenido líquido espeso y una tumoración sólida asociada que fueron extirpadas con técnica microquirúrgica. IRM de control: exéresis total. El paciente mejoró completamente desapareciendo todos los síntomas preoperatorios y sin signos de inestabilidad. La anatomía patológica informó extendido proteináceo acelular del quiste y fragmentos de tejidos osteocartilaginosos vinculables con condroma con osificación endocondral. Las opciones terapéuticas oscilan entre medidas conservadoras con descripción de remisiones espontáneas, inyección facetaria de esteroides y cirugía evitando inestabilizar la columna.

**Conclusión.** Los quistes yuxtafacetarios en ocasiones considerados como marcadores de potencial inestabilidad segmentaria, pueden provocar dolores radiculares indistinguibles de discopatías compresivas siendo mejor visualizados en cortes axiales de IRM con gadolinio requiriendo en ocasiones tratamiento quirúrgico con o sin fijación espinal. Hemos comunicado este caso por la rareza de la asociación quiste yuxtaarticular y condroma en un paciente de 18 años. El deporte que practica podría aportar el antecedente traumático no referido por el paciente.

### Metástasis raquimedulares

C. FERNÁNDEZ, C. GIOINO, C. MAINERI, E. BENÍTEZ,  
B. MONCHAMP

**Objetivo.** Definir las diferentes características de las metástasis raquimedulares.

**Método.** Se analizaron retrospectivamente distintos aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnóstico, terapéuticos y la evolución postratamiento de pacientes recibidos en el servicio de neurocirugía del Instituto Gioino en un periodo de 10 años. Se trata de un informe y estudio descriptivo de una serie de 30 pacientes con diagnóstico de metástasis en columna vertebral de cáncer sistémico. Se diferenciaron los pacientes fundamentalmente según las edades, los niveles de las metástasis, su origen primario, los motivos de consulta, las diferentes localizaciones de la metástasis con respecto a la médula espinal y al canal vertebral y el método de tratamiento que se usó en cada uno de los pacientes.

**Resultados.** Del total de 30 pacientes, 20 fueron varones y 10 mujeres, con un promedio de edad de 62,8 años para el total de pacientes y 66,8 en los varones y 54,8 años en las mujeres. El mayor motivo de consulta fue por paraplejía de aparición brusca en 9 pacientes; seguidos de 7 pacientes que consultaron por paraparesia leve, 6 pacientes por lumbociatalgia; 3 pacientes por incontinencia urinaria; 2 pacientes por paresia de miembro superior y luego consultaron uno por íleo paralítico, uno por dolor abdominal, uno por dolor en hemitórax izquierdo. En cuanto a la localización fueron 19 dorsales, 5 lumbares, 4 cervicales y dos sacros. En cuanto a su localización con respecto a la médula y el canal, se encontró 17 extradurales, 12 extramedulares intradurales y un solo intramedular cuyo primario fue en pulmón. En cuanto a los tumores primarios en dos casos se hizo el diagnóstico primero de la metástasis y luego se encontró el primario (uno de mama y otro de pulmón). El tumor primario fue de pulmón en trece casos, de mama en 4 casos, renal en 3, próstata 3, colon 2 y hubo un caso de recto, cuello de útero, pleura, páncreas y testículo. Del total de pacientes, 22 fueron sometidos a cirugía (diez de ellos habían estado bajo tratamiento previo de radioterapia) y 8 fueron tratados médicamente de los cuales en 5 se decidió no realizar cirugía por cáncer avanzado y en tres se tomó la conducta médica por decisión propia de los pacientes de no operarse.

**Conclusión.** En nuestro estudio encontramos que la metástasis en columna vertebral más frecuente fue la que tenía como primario el cáncer de pulmón, que presentó como motivo de consulta principal la paraplejía o paraparesia pero si bien este fue el motivo de ingreso al instituto, la totalidad de los pacientes presentaron dolor como primer síntoma. Coincidimos con las estadísticas generales que hablan de una gran prevalencia de las lesiones extradurales y que su localización es a nivel dorsal en la gran mayoría de los casos. Solamente en dos casos el diagnóstico de la metástasis fue el que dio lugar a descubrir el primario. Las principales causas que se tomaron para decidir el procedi-

miento quirúrgico fueron por un lado la falta de respuesta al tratamiento con radioterapia y por otro la paraplejía rápidamente progresiva. El tratamiento quirúrgico por vía posterior con descompresión radicular-medular fue el de elección y fue alto el porcentaje en que encontramos muy buena respuesta.

### Patología vascular

#### Tratamiento quirúrgico de fistulas duromedulares

R. CORVALÁN, P. SAN MARTÍN, S. OCHOA, M. RIVERA

**Objetivo.** El objetivo de este trabajo es presentar 4 casos clínicos operados.

**Método.** Se revisa las fichas clínicas de los pacientes operados por el autor en el Hospital Barros Luco-Trudeau y Clínica Dávila en los últimos 3 años. Los resultados se tabulan y se describen.

**Resultados.** Se operaron 4 pacientes portadores de esta patología entre los años 2001 y 2003. La cirugía consistió en coagular la vena de drenaje. Todos los pacientes fueron varones. La edad promedio fue 77,5 años. Todos consultaron con diferentes grados de déficit medular. El tiempo desde la aparición de los síntomas hasta la cirugía, fluctuó entre 1 mes y 96 meses. Todos los pacientes se estudiaron en el preoperatorio con TAC, IRM y angiografía medular selectiva; en el postoperatorio se controlaron con IRM. El tiempo transcurrido desde la aparición de los síntomas hasta tratamiento quirúrgico estuvo muy relacionado con la recuperación clínica.

**Conclusión.** La coagulación de la vena de drenaje en las fistulas duro medulares es una técnica sencilla y corrige el defecto funcional en forma definitiva. No hubo complicaciones en el postoperatorio de estos pacientes. Creemos es una buena opción terapéutica en el tratamiento de esta patología

### Patología malformativa

#### Siringomielia no asociada a mielomeningocele: diagnóstico, control y tratamiento

M. JAÍKIN, E. OLIVELLA, A. FERNÁNDEZ, L.J. LEDESMA

**Objetivo.** Evaluar un grupo de 23 pacientes analizando las entidades generadoras o asociadas a la cavitación medular y los esquemas terapéuticos empleados

**Método.** Chiari I: se trataron con coagulación de amígdalas. Las derivaciones siringoperitoneales se realizaron con catéteres en "T". Se realizaron 23 IRM prequirúrgicas y postoperatorias a 6 y 12 meses para decidir la derivación. Seguimiento promedio: 4 años.

**Resultados.** Motivo de consulta: escoliosis: 17 pacientes (13 Chiari I, 5 quistes de fosa posterior, 1 diastematomielia y 1 impresión basilar); disociación termoalgésica: 2; hipertensión endocraneana: 5; síntomas bulba-

res: un caso. Chiari I: buena resolución en 11 pacientes, 5 requirieron derivación siringoperitoneal ulterior (uno acompañado de descompresiva de fosa posterior y mielotomía). Cuatro pacientes con IV ventrículo atrapado. Uno con siringobulbia sintomática. Tres: derivación siringoperitoneal. Un quiste supracerebeloso con excelente resolución luego del abordaje directo. Diastematomielia más siringomielia: un caso. Impresión basilar: un caso, abordaje transoral y apicectomía odontoidea con mejoría. Disociación termoalgésica: un caso con excelente recuperación.

**Conclusión.** El abordaje directo de los quistes de fosa posterior y la coagulación de amígdalas son efectivos como primera elección. La resolución de la cavidad no detiene la escoliosis, ni los síntomas medulares en todos los casos.

#### Lesiones congénitas de línea media

J.L. LEDESMA, E. OLIVELLA, M.S. JAÍKIN, S. PORTILLO, P. EBOLI

**Objetivo.** Describir y analizar lesiones congénitas de línea media.

**Método.** Se analizan 24 pacientes, con lesiones de línea media que asientan en el raquis, Todos estudiados con Rx, TAC y RMI. Se excluyen pacientes con mielomeningocele.

**Resultados.** Rango de edad de 1 mes a 14 años, 9 varones y 15 mujeres. Distribución: 4 cervicales, 7 dorsales, 6 lumbares, 7 sacro. Morbilidad: dos fistulas que requirieron reintervención, sirinx que debió derivarse a peritoneo. Anatomía patológica: 5 dermoides, 4 epidermoides y 15 senos dérmicos. Las lesiones de línea media coccígeas, denominadas fosita pilonidal, se deben diferenciar por su fondo cerrado y la persistencia de un pequeño cordón que se inserta en el cóccix, ya que no tienen indicación quirúrgica. Otro punto a tener en cuenta es el correcto cierre de lesiones como mielomeningocele o lipomas, en las cuales la persistencia de residuos de capas embrionarias, desemboca en la formación tardía de tumores dermoides o epidermoides.

**Conclusión.** Ante la presencia de estigmas cutáneo o raquisquisis, esta indicación realizar estudios siendo la RMI de elección. La resección quirúrgica de la lesión y trayecto fistuloso implica el tratamiento definitivo. En dermoides y epidermoides cuando la cápsula presenta una adherencia a estructuras nerviosa y vasculares, es recomendable el cierre del trayecto fistuloso, liberación de tejidos, dejando residuo capsular.

### Patología infecciosa

#### Osteomielitis vertebral secundaria a hematoma abscedado del psoas

H. BELZITI, H. FONTANA, F. REQUEJO

**Objetivo.** Presentar un caso de osteomielitis vertebral

secundaria a un hematoma abscedado de músculo psoas para discusión y análisis de la terapéutica.

**Descripción.** Paciente de sexo masculino de 62 años diabético tipo II que posterior a un esfuerzo presenta dolor lumbar y abdominal de instalación brusca y de progresivo aumento con irradiación a cara interna de muslos que imposibilita la extensión con predominio de miembro inferior derecho. Los estudios de imágenes detectaron colección en músculo psoas con signos de osteomielitis vertebral L2-L3.

**Intervención.** Punción biopsia de colección de psoas positiva para estafilococo y posterior drenaje quirúrgico por lumbotomía retroperitoneal de hematoma abscedado de psoas.

**Conclusión.** Se trata de una patología poco frecuente de comienzo insidioso especialmente en pacientes diabéticos. Interpretamos que la espondilitis es secundaria al hematoma abscedado. El dolor irradiado al muslo puede confundir con radiculopatía e inducir a cirugía descompresiva del canal.

### Absceso epidural espinal

G. CASTILLO

**Objetivo.** Realizar una reseña de esta patología y exponer un caso de presentación atípica.

**Descripción.** Paciente adulta. Sin antecedentes patológicos, afebril, con laboratorio normal, con lumbociática de 2 meses de evolución, examen típico de lumbalgia y ciática S1 irritativa, Lasegue +40° y una IRM que informa extrusión discal masiva subligamentosa. Diagnóstico: hernia de disco.

**Intervención.** Abordaje posterior y hemilaminotomía L5 S1 izquierda. Al repliegue del saco mana pus amarilla lo que modifica el planteo, ampliando a laminectomía L5 con extensión superior e inferior hasta extremos sanos. Cuidadosa toilette y drenaje aspirativo. La paciente evoluciona satisfactoriamente pero el seguimiento mediante IRM muestra compromiso osteomielítico secundario, lo que obliga a tratamiento antibiótico durante 6 meses con curación clínica por imágenes.

**Conclusión.** A pesar de presentarse como un cuadro de diagnóstico y resolución sencillos, se debe tener siempre presente la patología menos frecuente para tener los recursos disponibles para su resolución.

### Compresión medular por cisticercosis

M. PLATAS, D. RIVA, A. CASTRO, S. ORTIZ, D. AGUAYO

**Objetivo.** Comunicar el caso de una paciente de 53 años, oriunda de una zona endémica de América Latina, con signos de compresión medular dorsal secundarios a una cisticercosis espinal, ilustrando la resección quirúrgica efectuada.

**Descripción.** Paciente de sexo femenino, con cuadro de compresión medular dorsal de evolución progresiva y antecedentes de neurocisticercosis. Las neuroimágenes evidenciaron una lesión intradural-extramedular a nivel D5-D6.

**Intervención.** Abordaje quirúrgico en posición lateral por obesidad mórbida de la paciente. Verificación de aracnoiditis dorsal y resección de un quiste de cisticercos con confirmación anatomopatológica. Se completó tratamiento médico con Albendazol por vía oral, con regresión progresiva de la severa paraparesia preoperatoria, y satisfactorio control imagenológico.

**Conclusión.** La afectación espinal es sumamente infrecuente en el curso de la neurocisticercosis; la terapéutica adoptada en nuestra enferma, fue concordante con la de los pocos casos reportados en la literatura a nivel mundial.

### Absceso espinal epidural: a propósito de un caso

G. DEL GIÚDICE, A. ARENAS, F. ALBERIONE, L.J. ALFARO

**Objetivo.** Describir el absceso espinal epidural que se origina por extensión directa o por diseminación a partir de un foco infeccioso lejano.

**Descripción.** Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino, de 58 años de edad, con antecedentes de etilismo y tabaquista crónico, que ingresa al Servicio de Neurocirugía por presentar paraparesia moderada-grave de 48 horas de evolución, nivel sensitivo D8-D9 y hemocultivos positivos para *Staphylococcus aureus*. Como antecedente de importancia presentó una artritis séptica por el mismo germen, de rodilla izquierda, la cual requirió internación en marzo de este año. El paciente comenzó al mes del alta con dolor lumbar sin irradiación y no presentó en ningún momento cuadro de tipo tóxico. Trae consigo una IRM de columna dorsolumbar con y sin gadolinio realizada 72 horas previas a su internación, la cual muestra una colección epidural encapsulada posterior que abarca desde D8 a D10 compatible con absceso.

**Intervención.** El paciente es intervenido quirúrgicamente, realizándosele laminectomía descompresiva, drenaje del absceso y se comenzó con antibioticoterapia empírica para *Staphylococcus aureus*.

**Conclusión.** El absceso espinal epidural es una patología poco frecuente en nuestro medio hospitalario y en nuestro caso creemos que fue menospreciada la clínica y los antecedentes del paciente, lo que motivó en un procedimiento quirúrgico tardío. Esta patología es una urgencia tanto neuroquirúrgica como infectológica y debemos estar preparados para sospecharla y actuar rápidamente. Nuestro paciente fue intervenido con diagnóstico presuntivo de colección epidural y se le realizó una laminectomía descompresiva, drenándose un absceso epidural posterior cuyo Gram (directo) fue para cocos positivos en racimos.

### Espondilodiscitis: diagnóstico clínico, de laboratorio y por imágenes

J. HOLGUÍN, G. DI MASI, S. GONZÁLEZ ABBATI, A. CAMPERO, J.J. MEZZADRI, A. CARRIZO.

**Objetivo.** Describir las características clínicas, de laboratorio e imágenes en un grupo de pacientes con espondilodiscitis.

**Método.** Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de pacientes con espondilodiscitis, internados entre 1993 y 2004. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, síntomas iniciales y al ingreso, eritrosedimentación, número de leucocitos, tipo de germen y cómo se obtuvo, biopsia, neuroimágenes y tratamiento realizado.

**Resultados.** Se encontraron 7 mujeres y 7 hombres (edad media 67 años). Los síntomas iniciales fueron: dolor local en 12, fiebre en 3, disminución de peso en 1 y déficit motor en 1. Al ingreso se encontró: déficit motor en 6 y dolor local en 8. La eritrosedimentación fue mayor de 40 mm en 13 pacientes. El número de leucocitos aumentó en 4 pacientes. Se realizó IRM en 13 pacientes: en las imágenes ponderadas en T1 y T2 del tejido óseo y discal se vio edema con borramiento anatómico e hiperintensidad, respectivamente. En 1 caso se realizó TAC (por marcapaso), que mostró osteólisis vertebral. La localización fue: 5 lumbar, 7 dorsal y 2 cervical. La etiología se confirmó por hemocultivo en 6, cultivo del material quirúrgico en 6 y anatomía patológica en 1. Los gérmenes causales fueron: *Staphylococcus aureus* meticilino sensible en 4, *Staphylococcus aureus* meticilino resistente en 5, *Streptococcus viridans* en 1, *Escherichia coli* en 1, *Mycobacterium tuberculosis* en 3 y desconocido en 1. Todos recibieron antibióticos ajustado por antibiograma. Nueve pacientes requirieron tratamiento quirúrgico: 6 por déficit motor, 2 para drenar un absceso y 1 para diagnóstico etiológico.

**Conclusión.** El dolor fue el síntoma predominante. La eritrosedimentación elevada fue el dato de laboratorio más constante. Las IRM fueron características en todos los casos.

### Patología traumática

#### Vertebroplastia percutánea en fracturas osteoporóticas y tumores de cuerpo vertebral. Nuestra experiencia

G. BARREIRO, C. ARGERICH

**Objetivo.** Mostrar la seguridad, posibilidad y eficacia de la VTP en 50 pacientes y compararlo con otros trabajos publicados.

**Método.** Se estudiaron retrospectivamente, un grupo de 50 pacientes con FO y TCV sin daño medular y con dolor refractario al tratamiento médico e inestabilidad de columna. El procedimiento fue realizado bajo control radioscópico, a través de un abordaje uni o bipedicular,

con anestesia local y sedación controlada. Las escalas de valoración utilizadas pre y postratamiento fueron: la escala visual análoga (VAS) y la escala de Frankel (EF). De acuerdo a la respuesta final al tratamiento, los pacientes fueron clasificados en: muy buenos, buenos, regular, igual y malo.

**Resultados.** Un total de 50 pacientes (33 mujeres y 17 hombres) con una edad promedio de 66 años fueron sometidos a 96 procedimientos con un total de 88 vértebras tratadas. En 15 pacientes la causa fueron tumores (primarios o secundarios) del cuerpo vertebral mientras que en 35 FO. Las vértebras lumbares tratadas fueron 59 (67%), las dorsales 28 (32%) y sacra 1 (menos del 1%). El VAS y la EF pretratamiento fueron distintas para pacientes con FO que para aquellos con TCV: 8/8,8. Lo mismo ocurrió en el pos 3/3,36. La totalidad de los pacientes mostró algún tipo de mejoría luego del procedimiento y en más del 90% de los casos fue muy buena para pacientes osteoporóticos y en el 70% muy buena o buena para pacientes oncológicos. No se presentaron complicaciones mayores y las complicaciones menores fueron del 10%, en todos los casos reversibles entre la 2ª y 4ª semana posterior al procedimiento.

**Conclusión.** La VTP ofrece excelentes resultados a bajo costo. Alivia considerablemente el dolor en pacientes con FO y TCV. Constituye una herramienta terapéutica complementaria que debe ser tenida en cuenta.

#### Fractura en lágrima del axis con encastramiento unilateral de carilla articular y lesión ligamentaria completa

A. CORRALES, J. MARTÍNEZ, R. BOUDOT

**Objetivo.** Comunicar un caso poco común de fractura en lágrima del axis con luxación anterior traumática C2-C3, encastramiento unilateral de carilla articular y lesión la totalidad del sistema ligamentario en un paciente sin déficit neurológico.

**Descripción.** Paciente de sexo femenino que sufre accidente automovilístico (vuelco), con tortícolis post-traumática dolorosa. Examen neurológico normal. Las imágenes radiológicas muestran fractura en lágrima del axis, lesión ligamentaria completa, encastramiento unilateral de carillas, listesis anterior C2-C3 y ruptura discal severa.

**Intervención.** Se abordó quirúrgicamente por vía anterior y posterior. Se utilizó para el primer tiempo el acceso descrito por De Andrade y Mac Nab para la columna cervical superior. La paciente evoluciona sin déficit. Con buen control imagenológico posterior.

**Conclusión.** Es poco frecuente la asociación de fractura en lágrima de C2 con lesión de todo el sistema ligamentario y encastramiento de carillas articular. En estos casos el tratamiento debe ser quirúrgico. El abordaje descrito para la columna cervical superior es óptimo para llegar a C3.

### Fracturas múltiples no contiguas de columna cervical

A. ZILIO, N. GOLDENBERG, J. SHILTON

**Objetivo.** Describir un caso de fracturas cervicales múltiples y la elaboración de una estrategia para su resolución quirúrgica

**Descripción.** Paciente de 27 años, sexo masculino, víctima de una colisión automovilística determinante de politraumatismos graves: trauma craneano con pérdida de conciencia, fracturas cervicales múltiples (C1-C2, luxación posterior C1-C2 y fractura-luxación C6-C7 con bloqueo facetario unilateral, esta última inadvertida en otro nosocomio) y contusiones pulmonares bilaterales. Al ingreso se evidencia insuficiencia respiratoria mecánica, déficit sensitivomotor completo en miembros inferiores con nivel lesional C6 y déficit parcial en miembro superior izquierdo. Intercurrencias infecciosas, particularmente respiratorias y urinarias, obligan a diferir reiteradamente el tratamiento quirúrgico.

**Intervención.** Tras un intento infructuoso de reducción bajo anestesia de la luxación posterior de C1-C2, se realiza un abordaje posterior con colocación in situ de un marco de Hartshill-Ransford O-C4 y una facetectomía C6-C7 derecha. En un segundo tiempo se realiza la disectomía por vía anterior y luego bajo tracción cefálica intraoperatoria se logra la corrección de la luxación subaxial; se artrodesa y fija mediante placa atornillada, con resolución de su inestabilidad cervical.

**Conclusión.** La frecuencia de lesiones espinales cervicales múltiples es baja. Sin existir reglas precisas, cada caso supone la necesidad de adecuar el tratamiento a ese paciente en particular.

### Tratamiento único por vía anterior para la fractura lumbar: presentación de un caso y revisión de la literatura

F. MERINO, D. PLUIS, E. GIMÉNEZ, R. SANTIVÁNEZ, J. SELSER.

**Objetivo.** Mostrar la descompresión y la fijación por una vía de abordaje en un caso de fractura de columna lumbar, dentro del contexto del resto de los sistemas de artrodesis disponibles para resolver la patología traumática del raquis a ese nivel.

**Método.** Se presenta un paciente de sexo masculino de 40 años de edad, que sufrió un accidente laboral, con caída de altura. La lesión que presentó consistió en una fractura del cuerpo de la primera vértebra lumbar. Clínicamente se hallaba con intenso dolor típico del cuadro de inestabilidad.

**Intervención.** El seguimiento postoperatorio del paciente fue satisfactorio al año y medio de realizada la artrodesis por este método, el cual no requirió de otro sistema adicional para aumentar la eficacia terapéutica del mismo.

**Conclusión.** Se propuso presentar la resolución de un caso de inestabilidad postraumática por esta alternativa, basándonos fundamentalmente en que las fracturas anteriores de la columna pueden resolverse por esa vía, sin dejar de tener en cuenta que sin duda otra vía de abordaje, o inclusive, más de una son altamente eficaces.

### Patología degenerativa

#### Implante de caja luego de disectomía cervical anterior. Nuestra experiencia

C. F. CABRERA, R.E. ESCOFACHE

**Objetivo.** Comunicar nuestra actividad y experiencia en una provincia argentina que no contaba con nuestra especialidad.

**Descripción.** A) Indicaciones: 1) monorradiculopatía. 2) Mielopatía espondilótica cervical (MEC). 3) Inestabilidad preoperatoria. 4) Prevenir la inestabilidad. 5) Patología discal traumática. B): Ventajas: 1) Ausencia de herida y dolor del sitio dador. 2) Menor tiempo quirúrgico. 3) Rápida estabilidad segmentaria. 4) Mantenimiento o reconstrucción de la lordosis. 5) Restitución de la altura foraminal. En 15 meses asistimos con esta técnica a 3 pacientes femenino de 48; 55 y 60 años. Todas del disco C5-C6. Una consultó por monorradiculopatía y las otras por MEC. Fueron estudiadas con RX; IRM y EMG. Evolución favorable, sin complicaciones a 15; 8 y 2 meses respectivamente.

**Intervención.** Hiperextensión, marcación del espacio con RX en posición quirúrgica. Incisión transversal sobre un pliegue de piel. Disectomía, exéresis del osteofito e implante de la caja fijada con 2 tornillos; se la rellenó con viruta ósea. Alta hospitalaria entre 36 y 48 horas.

**Conclusión.** 1) Debemos sumar más pacientes. 2) Ser estrictos en la selección para esta técnica y evitar sobreindicaciones. 3) Los osteofitos deben ser removidos.

#### Fijación con tornillos transpediculares en espondilolistesis no traumática L5-S1

G. ESTEFAN, G. CAMPOLONGO, M. DAFFRA, S. GÚZZO, R. CERATTO R, C. PILIPCZUK

**Objetivo.** Describir el caso de un paciente portador de una espondilolistesis L5-S1 grado II no traumática y espondilolisis cuya sintomatología se agravó en los últimos 2 años requiriendo descompresión del canal, liberación de ambas raíces L5, fijación con tornillos transpediculares sin reducción evidente, mejorando completamente la sintomatología que motivó su intervención.

**Descripción.** Paciente de sexo masculino de 55 años

de edad que consulta por lumbociatalgia derecha con irradiación metamérica L5 y claudicación neurogénica de la marcha progresiva de aproximadamente 2 años de evolución, refiere episodio de bloqueo lumbar a los 45 años de edad y actualmente molestias diarias. Estudios: Rx. de columna lumbar frente, perfil, oblicuas, dinámicas y IRM. Diagnóstico: espondilolistesis L5-S1 grado II, espondilolisis y pseudo hernia discal L5-S1, canal espinal lumbar estrecho adquirido.

**Intervención.** Se realizó tratamiento neuroquirúrgico descompresivo e instrumentación con 6 tornillos transpediculares, 2 barras, 1 cross link e injerto óseo autólogo posterolateral, con mejoría total.

**Conclusión.** De la selección adecuada del paciente y técnica a implementar dependerá el éxito terapéutico. Es evidente que no se puede tomar una decisión uniforme principalmente en las tipo III sino evaluar minuciosamente cada caso en particular.

#### Presentación de una modificación en la técnica de laminoplastia cervical para pacientes con estenosis multisegmentaria por fluorosis

D. C. BEGA RODRÍGUEZ, M. VARA DE KENNY,  
A. ORONA PORPORATO

**Objetivo.** Describir una nueva modificación en la técnica de laminoplastia cervical para pacientes con signos y síntomas de fluorosis.

**Descripción.** Se realizó ampliación anteroposterior del canal vértebra con laminoplastia bilateral por extracción del arco posterior y fijación del mismo con microplacas de titanio maleables.

**Conclusión.** Esta variante de técnica permite la liberación del canal cervical sin perder las virtudes de la técnica original.

#### Disfagia y disfonía por enfermedad de Forestier. Presentación de un caso

E. R. SEOANE, A. CARRÁ, L. SÁNCHEZ, J. NAVARRE

**Objetivo.** Presentar un caso de disfagia y disfonía por enfermedad de Forestier [hiperostosis esquelética idiopática difusa] que es una entidad relativamente frecuente aunque poco conocida dado el alto índice de pacientes asintomáticos. Dada su semejanza con la espondiloartrosis degenerativa y la espondilitis anquilosante se discuten elementos de diagnóstico diferencial.

**Descripción.** Se trata de un paciente de 62 años con una forma de presentación que consiste en disfagia y disfonía progresiva por hiperostosis severa cervical anterior y seria alteración en su calidad de vida. Se le practicaron radiografías simples y TAC de columna cervical así como

un tránsito esofágico mostrando una seria obstrucción a nivel de la exostosis desde C4 hasta C7.

**Intervención.** El tratamiento indicado fue resección osteofítica por vía cervical anterior con utilización de drill de alta velocidad. El paciente no presentó complicaciones y se recuperó rápidamente de la disfagia y disfonía.

**Conclusión.** A pesar de existir una ligera tendencia favorable en la literatura para evitar la cirugía sugerimos su resolución quirúrgica temprana para evitar daño permanente tanto en el aparato digestivo como en el respiratorio.

### Misceláneas

#### Raquiálgia. Abordaje interdisciplinario

T. BENDERSKY, A. FISCHL, R. SCHRECK

**Objetivo.** Investigar la influencia de los factores emocionales como disparadores de las raquiálgias.

**Método.** Luego de la evaluación neuroquirúrgica se invita a los pacientes a una reunión grupal coordinada por un psicólogo donde tienen la oportunidad de hablar sobre su dolor y sus vivencias. Mediante dos tablas distintas se cuantifican parámetros vinculados al dolor y a su actitud y compromiso frente a su problema y se correlacionan entre sí. Ambas tablas se incluyen en el trabajo.

**Resultados.** El coeficiente de correlación entre ambas variables fue de 0,64. De acuerdo a las tablas de valores crítico del coeficiente de regresión se puede rechazar con un nivel de significación del 1% la hipótesis de correlación nula entre ambas variables.

**Conclusión.** El dolor físico y factores psicológicos están íntimamente relacionados. Los valores estadísticos obtenidos estarían indicando la necesidad de continuar con estas investigaciones clínicas.

#### Hernia medular espontánea. Relato de un caso y revisión de la bibliografía

P. MAGGIORA, J.C. MORALES, L. TURJANSKI

**Objetivo.** Presentar un caso de hernia medular espontánea y revisión de bibliografía

**Descripción.** Se presenta a una paciente femenina de 60 años, sin antecedentes de trauma, que consulta por dificultad progresiva en la marcha de dos años de evolución. El examen neurológico mostró un síndrome de Brown-Séquard incompleto, lateralizado a derecha, con nivel dorsal alto. La IRM puso en evidencia un desplazamiento ventral de la médula a nivel D4, con imagen amplia del espacio subaracnoideo posterior, que planteaba el diagnóstico diferencial con un quiste aracnoidal posterior.

**Intervención.** Evaluada la imagen y con el diagnóstico

de HME, se realizó la intervención con liberación de la médula y cierre de la brecha dural. La evolución de la paciente fue satisfactoria, con recuperación sostenida. Los controles de IRM mostraron la resolución de la hernia, aunque con persistencia de cierta adherencia a la dura ventral.

**Conclusión.** El caso relatado reitera los hallazgos descriptos en la literatura ratificando que la HME constituye una patología mal interpretada y frecuentemente no reconocida, siendo confundida habitualmente con un quiste aracnoidal dorsal. Esta confusión es posible tanto para neurocirujanos como para especialistas en imágenes no familiarizados con la patología. Si bien provoca una mielopatía segmentaria, esta es generalmente reversible con la reducción quirúrgica de la hernia y cierre del defecto dural, obteniéndose grados variables de recuperación en función, probablemente, de la precocidad del diagnóstico y tratamiento.

### **Espondilolistesis postquirúrgica. Presentación de dos casos**

R. T. GUTIÉRREZ, P. RUBINO, R. J. PRINA.

**Objetivo.** Presentar las causas, riesgos e indicadores prequirúrgicos de inestabilidad en la cirugía de la columna lumbar degenerativa. Cómo realizar el diagnóstico clínico, radiológico y el tratamiento de la espondilolistesis postoperatoria.

**Método.** Se presentan dos casos operados en otros servicios, el primero correspondiente a un canal estrecho lumbar L4-L5 y L5-S1 y el segundo, a una hernia de disco L4-L5. Ambos pacientes presentaron clínica y radiología de inestabilidad vertebral postoperatoria, por lo cual fueron intervenidos quirúrgicamente.

**Resultados.** La instrumentación por vía posterior junto a la artrodesis posterolateral con injerto autólogo y alineación permitió la resolución definitiva del problema.

**Conclusión.** El tratamiento adecuado para la espondilolistesis postoperatoria es la fusión y alineación lumbar.