



ASOCIACIÓN ARGENTINA DE NEUROCIRUGÍA
Capítulo de Patología Raquimedular

RESÚMENES

de trabajos presentados a:

NEURO RAQUIS 2012

(Se publican sólo los resúmenes entregados a tiempo
y debidamente estructurados)

Mar del Plata, 11 al 12 de mayo de 2012

PATOLOGIA DEGENERATIVA

Hernia de disco lumbar en menores de 20 años

J.I. PALEO, L. FERRUCCI, F. MORÓN, J.M. MARELLI,
M. NOCERA, S. CERNEAZ, R.A. MOYA

Hospital Vicente López y Planes-Gral. Rodríguez

Objetivo. Presentar una serie de pacientes menores de 20 años operados por hernia de disco lumbar.

Material y método. Se operaron 4 pacientes menores de 20 años en el Servicio de Neurocirugía de nuestro Hospital en un periodo de 32 meses entre junio 2009 y enero 2012. Todos de sexo femenino, estudiados mediante Rx e IRM de columna lumbosacra. Las localizaciones de la HNP fueron en 3 casos L4-L5, uno asociado a L3-4 y otro a L5-S1 y en 1 caso L5-S1 solamente. Los síntomas fueron lumbalgia y posteriormente cialgia sin respuesta al tratamiento farmacológico y kinesiológico. Se realizó en todos los casos una discectomía + foraminotomía, en 3 casos mediante hemisemilaminectomía y la restante con laminectomía.

Resultados. Los 4 casos operados de HNP representaron el 4,5% de las HNP operadas en nuestro servicio en el periodo 6/09 al 1/12. Todos los casos tuvieron una muy buena evolución en cuanto al dolor y funcionalidad, evaluados mediante el cuestionario de discapacidad de Oswestry. Con seguimiento de 2 años en 2 casos, 1 año y 2 meses los restantes.

Conclusión. El tratamiento quirúrgico de la hernia de disco representa una de las prácticas más frecuentes en un Servicio de Neurocirugía pero en pacientes menores de 20 años es poco habitual, habiendo representado el 4.5%.

Enfermedad del segmento adyacente en un síndrome de Klippel-Feil tratada con una artroplastia doble

F. FERNÁNDEZ MOLINA, F. FUERTES, M. CONDOMÍ ALCORTA, S.
GARCÍA RIVERO, P. JALÓN, J.J. MEZZADRI

Hospital de Clínicas "José de San Martín", UBA

Objetivo. Describir y analizar un caso de enfermedad del segmento adyacente (ESA) en un síndrome de Klippel-Feil (EKF) tratada con una artroplastia doble.

Descripción. Una mujer de 34 años de edad se presentó con cervicalgia y braquialgia bilateral de 3 años de evolución asociadas a adormecimiento y debilidad de ambas manos. El examen físico mostró dolor al movimiento del cuello e hiporreflexia bicipital derecha. La prueba de Oswestry mostró una incapacidad por dolor del 78%. La Rx cervical mostró una fusión congénita en C4-C5, osteofitosis en los interespacios C3-C4 y C5-C6, una alineación global neutra de +17°, en flexión de -11° y en extensión de +43°, con un rango de movilidad de +32°. La resonancia magnética fue compatible con una discopatía dura, rostral (C3-4) y caudal (C5-6) a la fusión.

Intervención. Se realizó una discectomía + osteofitectomía con artroplastia doble en C3-C4 y C5-C6 con el disco Bryan®. No hubo complicaciones y la paciente fue dada de alta a las 48 hs. Luego de 2 años de seguimiento, la prueba de Oswestry mostró una incapacidad por dolor del 10%. La Rx cervical mostró una alineación global neutra de +23°, en flexión de 0° y en extensión de +50°, con un rango de movilidad de +50°.

Conclusión. En este caso de ESA secundaria a una EKF, la artroplastia disminuyó la incapacidad por dolor, mejorando la lordosis y el rango de movilidad en la columna cervical.

Quiste sinovial yuxtfacetario como causa de lumbociatalgia

C. GUERRA, L. SERNA, F. NAVALLAS, J. REGO, J. MERCUR

HIGA Güemes, Haedo

Objetivo. Presentar el caso de un paciente que debuta con lumbociatalgia invalidante a causa de un quiste sinovial yuxtfacetario L5 S1 y su resolución quirúrgica

Descripción. Paciente masculino de 51 años con antecedentes de TEC grave y fractura de C6 en el año 2000 consulta por lumbociatalgia invalidante en miembro inferior izquierdo. La IRM lumbosacra mostró una imagen isohiperintensa en T1 e hiperintensa en T2 que no capta contraste a nivel L5 S1 izquierdo.

Intervención. Ante el fracaso del tratamiento médico se realiza la exéresis mediante hemilaminectomía izquierda L5.

Conclusión. El quiste yuxtfacetario (sinovial y ganglionar) constituyen una causa de lumbociatalgia infrecuente que lleva a plantear diagnóstico diferencial con fragmento discal extruido así como con schwannoma. El tratamiento quirúrgico es posible mediante un abordaje mínimo. La planificación quirúrgica es fundamental, ya que la patología degenerativa sumada a la necesidad en ciertos casos de la resección parcial de las facetas articulares puede incrementar la inestabilidad segmentaria.

Beneficios de la laminectomía lumbar sin instrumentación en la estenosis espinal severa en mayores de 65 años

G.H. DÍAZ VILLALBA, G. OLMEDO, E.J.E. URIBURU

Sanatorio Río, Paraná, Entre Ríos, Argentina.

Objetivo. El impacto psicofuncional que genera la estenosis espinal lumbar severa en pacientes mayores de 65 años, nos motivó a determinar los beneficios a corto plazo que aporta la laminectomía descompresiva sin instrumentación.

Material y método. Un estudio prospectivo de 14 pacientes intervenidos entre marzo de 2011 y marzo de 2012; 2 hombres (85,71%) y 12 mujeres (14,29%); entre 66 a 82 años de edad. Se arribó al diagnóstico a partir de los resultados clínicos, imagenológicos y mediante evaluación de la escala visual analógica de intensidad del dolor (VAS) y el índice de discapacidad de Oswestry. A los 60 días de la intervención se realizó la misma evaluación y se compararon los resultados. La cirugía descompresiva mediante laminectomía sin instrumentación fue la técnica utilizada, evitando la excesiva remoción ósea y conservando especialmente la facetas articulares y la mayoría de las inserciones musculares.

Resultados. No hubo fallecimientos, ni reintervenciones (0%); 1 solo caso de durotomía incidental (7,14%) resuelto en el intraoperatorio; y 2 casos con trastorno depresivo (14,29%) resueltos con psicofármacos a los 15 días del postoperatorio. Cinco pacientes continúan con analgésicos de forma crónica (35,71%). En 11 pacientes (78,57%) hubo mejoría considerable en la puntuación de la escala analógica visual y del índice de Oswestry.

Conclusión. Concluimos, que la opción terapéutica mencionada encuentra un lugar aceptable por la mejoría del dolor a corto plazo; la recuperación óptima para las actividades cotidianas sin complicaciones importantes, siempre que se realice la elección correcta de los pacientes y se utilice la técnica apropiada.

Microdissectomía cervical anterior múltiple

A. GUIROY, P. JALÓN, F. FERNÁNDEZ MOLINA, P. YPA, J.J. MEZZADRI

Hospital de Clínicas "José de San Martín", UBA

Objetivo. Describir y analizar una serie de microdissectomías cervicales múltiples (MCM).

Material y método. Se revisaron las historias clínicas de 25 pacientes (13 varones y 12 mujeres, edad media 49,6 años (rango: 34-68) con el diagnóstico de radiculopatía (n: 12), mielopatía (n: 8) o radiculomielopatía (n: 5) secundaria a una discopatía cervical, realizado por la clínica, Rx simples dinámicas, electromiograma y resonancia magnética. Se les realizó una MCM por vía anterior entre los años 2009-2012. Para 2 niveles se hicieron incisiones transversales y para 3 niveles longitudinales. Se usó radioscopia para confirmar nivel y para guiar la instrumentación. En todos los casos se colocó un drenaje aspirativo por 24 hs. Se abordaron 13 casos por el lado derecho y 12 por el izquierdo. En 23 casos se colocaron cajas de peek intersomáticas asociadas a una placa cervical anterior y en 2 casos sólo cajas de peek con pines. En 22 casos fueron 2 niveles y en 3 casos 3 niveles. Los niveles más afectados fueron: C4-C5 / C5-C6 (n: 11). La evolución postoperatoria fue medida con la escala de Odom. **Resultados.** Luego de un seguimiento medio de 12,9 meses, 23 casos tuvieron una evolución clínica excelente-buena de acuerdo con la escala de Odom. El tiempo de internación medio fue de 4,6 días (3-10). Las complicaciones fueron: dolor axial por cifosis 1 caso, disfonía persistente 1 caso y disfagia transitoria 3 casos. **Conclusión.** En esta serie de 25 MCM, se obtuvieron resultados satisfactorios en el 92% de los casos, con un bajo nivel de complicaciones.

Osteosíntesis transfixiante lumbosacra

M. QUINTEROS, L. SERNA, F. CASSINI, R. GUTIÉRREZ, R. PRINA

Clínica Güemes, Luján. Buenos Aires

Objetivo. Presentar 2 pacientes con espondilolistesis L5-S1 tratados por osteosíntesis transfixiante

Descripción. Se presentan dos pacientes femeninas adultas con espondilolistesis L5-S1 grado 2 con colapso discal, con dolor lumbar dinámico severo y progresivo con inestabilidad clínica y radiológica

Intervención. A ambos pacientes se le realizó por vía posterior, instrumentación L5-S1 transpedicular transfixiante (los tornillos en S1 se colocaron siguiendo una dirección caudocefalo-medial atravesando el espacio discal e introduciéndose en el cuerpo de L5); complementada con artrodesis autóloga con cresta (según técnica de Abdu WA); procedimiento realizado bajo control radioscópico. La paciente más joven presentaba antecedente quirúrgico con instrumentación transpedicular, fracasando el intento de colocación de cage intersomático, con infección postoperatoria, toilette con retiro del injerto óseo con 1 año de evolución con persistencia y aumento del dolor lumbar y signos radiográficos de pseudoartrosis.

Conclusión. La osteosíntesis transfixiante L5-S1 realizada en casos específicos, se compara en cuanto a la calidad de estabilidad lograda, a cualquier fusión en 360°. Es una alternativa válida para lograr una fusión sólida en aquellos casos donde la invasión del espacio discal es compleja y peligrosa y, donde la instrumentación transpedicular con injerto posterior como única medida, no nos garantiza la fusión definitiva.

Tratamiento microquirúrgico de hernias de disco lumbares extraforaminales por abordaje extremo lateral. Nota técnica

R. GUTIÉRREZ, M. QUINTEROS, L. SERNA, F. CASSINI, R. PRINA

Clínica Güemes . Luján. Buenos Aires

Objetivo. Mostrar la técnica microquirúrgica para el tratamiento de las hernias de disco extraforaminales lumbares

Material y método. Presentamos la técnica quirúrgica utilizada para el tratamiento de 33 casos operados en nuestro servicio con diagnóstico de hernia de disco extraforaminal lumbar

Nota técnica. El abordaje extremo lateral microquirúrgico consiste en una incisión paramedial con ingreso intermuscular (Longissimus y Multifidus) con disección digital, identificación de ap transversas superior e inferior junto a cara externa de articular externa o ascendente. Se confirma nivel del espacio con radioscopia, se coloca microscopio quirúrgico y separador autoestático tubular de 4 valvas, drilado parcial en unión entre transversa superior y articular, drilado parcial externo de articular ascendente, apertura del ligamento intertransverso, identificación radicular en hombro y axila, localización y extracción del fragmento discal en el espacio extraforaminal.

Conclusión. El abordaje extremo lateral es un método seguro que permite el tratamiento de las hernias de disco lumbares extraforaminales sin provocar inestabilidad del segmento vertebral tratado evitando la instrumentación y acortando los tiempos de recuperación postquirúrgico

Híbridos cervicales: indicaciones y evolución

L. SERNA, M. QUINTEROS, F. CASSINI, R. GUTIÉRREZ, R. PRINA

Clínica Güemes. Luján. Buenos Aires

Objetivo. Presentar nuestra experiencia en colocación de prótesis dinámica y artrodesis cervical, con diferentes indicaciones y evolución.

Material y método. En un estudio retrospectivo, se presentan cinco pacientes de sexo femenino con implantes cervicales dinámicos y artrodesis diferentes, con diversas indicaciones e igual evolución.

Resultados. Las cinco pacientes presentaron una excelente evolución con mejoría completa de los síntomas prequirúrgicos.

Conclusión. El advenimiento de las prótesis dinámicas permite preservar la motilidad. En pacientes jóvenes la elección del reemplazo discal cervical por prótesis dinámicas es una opción válida para la conservación de la motilidad. Hemos observado que las prótesis dinámicas restituyen la lordosis cervical disminuyendo la sensación de rigidez a dicho nivel.

Abordaje anterolateral para el tratamiento quirúrgico de hernias de disco torácicas

J. LAMBRE^{1 2}, M. ESPECHE², M. PIROZZO², J. BUSTAMANTE², W. VALLEJOS², N. FIORE¹

¹Hospital Español de La Plata ²Hospital El Cruce, Florencio Varela

Objetivo. Analizar retrospectivamente los pacientes con hernias de disco torácicas operados mediante toracotomía.

Material y método. Fueron evaluados 6 casos operados en 2010-2011: 5 masculinos y uno femenino de 45,3 años de edad promedio. Todos con signos de mielopatía: 4 habían sido operados previamente, 3 mediante vía posterior y 1 por toracotomía. Todos fueron estudiados con Rx, TAC e IRM en el pre y operatorio. El seguimiento mínimo fue de 6 meses.

Resultados. Un paciente presentó severo empeoramiento de su cuadro neurológico que recuperó a los 30 días, 4 mejoraron y el restante se mantuvo estable. Uno sufrió complicaciones por fistula de LCR a cavidad torácica con drenaje pleural prolongado y meningitis.

Conclusión. El abordaje anterolateral es una alternativa quirúrgica recomendable en pacientes operados previamente o cuando la hernia de disco torácica sea medial y calcificada.

Estudio multicéntrico en estabilización dinámica con barra móvil. Indicaciones y resultados preliminares

F. HERRERA VEGA, J. RIMOLDI, O. GILLES

Sanatorio Güemes, Hospital Universitario de Bordeaux (Francia)

Objetivo. Demostrar que la utilización de este tipo de implantes da respuesta y mejora la sintomatología de los pacientes en los que no existían otros tratamientos, más allá de la artrodesis.

Resultados. Se han observado cambios en las mediciones radiográficas y mejoras en la sintomatología tomando para este último dato, solo los que han recibido el tratamiento en forma primaria.

Conclusión. Podemos inferir resultados alentadores, basados en la evidencia, en el tratamiento de estas patologías y con este tipo de implantes generar cambios en la biomecánica de la columna que mejorarían la sintomatología en algunas patologías discales y en aquellas que provocan inestabilidad segmentaria. Igualmente los resultados finales llegarán de la mano de mayor cantidad de estudios multicéntricos bien conducidos y del tiempo.

Espondilolistesis cervicodorsal

M.F. BELDI, H. BELZITI, S. BURATTI, H. FONTANA

Hospital Central de San Isidro "Dr. Melchor Angel Posse"

Objetivo Presentar un caso de espondilolistesis C7-D1 en un paciente sin antecedentes traumáticos y su resolución quirúrgica.

Descripción. Paciente de 52 años, que consulta por cervicalgia de varios meses de evolución, con examen neurológico normal. En los estudios por imágenes de columna cervical se evidenció subluxación C7-D1, interpretada a la luz de la bibliografía y por su ausencia de antecedente traumático como una espondilolistesis.

Intervención. Cirugía en 360°. Reducción con halo y tracción, con facetectomía D1, alambrado e injerto óseo por vía posterior. Discectomía C7-D1, colocación de injerto de cresta iliaca y fijación con placa con tornillos por vía anterior.

Conclusión. Analizando la bibliografía disponible, concluimos que la espondilolistesis cervical es una patología poco frecuente respecto a la lumbar, pero debe ser tenida en cuenta para el adecuado diagnóstico y tratamiento, proponiéndose para algunos casos tratamiento conservador.

PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

Derrumbamiento de la columna cervical asociado a neurofibromatosis

S. BELCHIOR, M. MESA, R. SAYAVEDRA, G. OLONDO, J. SHILTON

Hospital Dr. Cosme Argerich - C.A.B.A

Objetivo. Presentar un caso de derrumbamiento cervical severo en una paciente joven con neurofibromatosis.

Descripción. Estudio retrospectivo sobre una paciente de 29 años con antecedente de exéresis de neurofibroma cutáneo en región cervical posterior a los 20 años. Consulta por cuadriparesia moderada a severa a predominio izquierdo, post traumatismo cervical por caída de su propia altura, cervicalgia, parestesias, hiperreflexia con clonus y Babinsky. La Rx columna cervical evidencia derrumbamiento vertebral severo con ángulo de cifosis de 35° y cambios distróficos. La TAC confirma estrechamiento del canal medular a nivel C4-5. La IRM evidencia compresión medular con mielomalacia a nivel C4-5.

Resultados. La paciente evolucionó con notable mejoría neurológica. Los controles por imágenes mostraron buena descompresión medular, corrección de la cifosis y su consiguiente elongación cervical.

Conclusión. La hipermovilidad, dada por la importante elasticidad ligamentaria asociada a la neurofibromatosis, permitió la realineación del raquis cervical, facilitando el tratamiento quirúrgico por vía anterior. Una vez lograda la alineación quirúrgica, se completó el tratamiento con la fijación posterior.

Revisión bibliográfica sistematizada de puntos clave en la cirugía de tumores del contenido raquídeo

J. LAMBRE, J. M. LAFATA, N. ALMERARES, M. MURAL, P. TRESPIDI, M. CHIARULLO

Hospital Español de La Plata Hospital El Cruce, Florencio Varela

Objetivo. Recategorizar, en niveles de evidencia, los puntos clave inherentes a la cirugía de tumores del contenido raquídeo.

Material y método. Estudio retrospectivo en 76 pacientes con tumores del contenido raquídeo comprendidos entre 1986 y 2003, a los que se les realizó cirugía de exéresis. Se analizaron los detalles técnicos del procedimiento tales como 1) laminectomía o laminoplastia; 2) utilización de monitoreo intraoperatorio; 3) utilización de parche dural en tumores intradurales; 4) colocación de material sellante en sutura dural. Luego se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en base de datos sobre los ítems descriptos con niveles de evidencia I o II.

Resultados. Hay nivel de evidencia clase I para realizar artrodesis luego de la laminectomía sobre todo en más de dos niveles. No encontrándose consenso en la utilización de monitoreo intraoperatorio. Hay evidencia tipo II en cuanto a la utilización de parche dural y de cola sintética en la sutura dural para disminuir la incidencia de fistula dural.

Conclusión. Se debe realizar la artrodesis como laminoplastia o laminotomía suspendida en los niveles correspondientes para evitar la deformación cifótica, con amplio consenso en los trabajos consultados, como así la colocación de parche dural en los casos necesarios con cola sintética para disminuir al máximo la probabilidad de fistula dural. Encontrándose controversias en cuanto a la utilización de monitoreo intraquirúrgico quedando así para futuras investigaciones la utilidad del mismo.

Lesión intramedular cervicobulbar

N. SOSA ECHEVERRÍA. M. PINTO. M. RECCHIA. H. KOATZ. S. GIUSTA.
M. GREGORI

H.I.G.A "Petrona. V. de Cordero" San Fernando

Objetivo. Presentación y descripción de implantación poco frecuente de lesión intramedular cervicobulbar.

Descripción. Paciente femenina de 47 años, que consulta por cuadriparesia progresiva de más de un año de evolución, asociándose compromiso de pares craneales bajos, disociación termoalgésica, cefalea, cervicalgia y ataxia. IRM: imagen hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 intramedular a nivel C1- C2 y en médula oblonga.

Intervención. Se realiza craneotomía occipital, resección del arco posterior del atlas, laminectomía del axis. Apertura dural por línea media, incisión de rafe medio y exéresis total bajo magnificación microscópica. Acto quirúrgico realizado con monitoreo de potenciales evocados somatosensitivos y motores. El diagnóstico histopatológico completado con inmunohistoquímica correspondió a ependimoma.

Conclusión. Es el tumor primario intramedular de mayor frecuencia en el adulto. Nuestro caso de localización cervicobulbar es de baja incidencia, con una casuística del 9 %.

Schwannoma gigante retroperitoneal

F. TONERO. L. CARBALLO. O. MELIS. C. PURVES. P. CARTOLANO. J. FIOLE

H.I.G.A "Petrona V. de Cordero" San Fernando

Objetivo. Presentar y describir un caso infrecuente de schwannoma gigante retroperitoneal.

Descripción. Paciente femenina de 42 años, obesa. Primera consulta realizada con el servicio de Cirugía General, por sensación de opresión abdominal, a predominio de flanco derecho. Es evaluada en conjunto con el Servicio de Neurocirugía, palpándose gran masa infra hepática. TAC de abdomen: tumoración voluminosa retroperitoneal con desplazamiento del riñón derecho, asas intestinales y alteración del foramen L3 homolateral. La IRM evidencia una imagen hipointensa en T1 e hiperintensa en T2.

Intervención. Se realiza junto con el Servicio de Cirugía General lumbotomía derecha, encontrándose una masa de gran tamaño con nacimiento en la raíz L3, con alteración de su foramen. Extirpación total con muy buena evolución. Anatomía patológica: schwannoma.

Conclusión. Se trata de un patología poco frecuente, aproximadamente el 5% de los tumores retroperitoneales. Presenta siempre inespecificidad clínica confirmándose su diagnóstico por anatomía patológica. La extirpación debe ser completa.

Neurinomas espinales: análisis de una serie de 41 casos

M. VARELA, D. MORALES, V. AMERIO, A. SAINZ, M. SOTELO, M. PLATAS

HIGA Presidente Peron, Avellaneda

Objetivo. Analizar las características clínicas, neuro-radiológicas y la técnica quirúrgica utilizada en los neurinomas espinales intervenidos quirúrgicamente en los últimos 15 años en nuestro Servicio.

Material y método. Se revisaron las historias clínicas de 211

pacientes operados con diagnóstico de tumor espinal entre enero de 1995 y diciembre de 2010.

Resultado. Se identificaron 41 casos de pacientes operados con diagnóstico de neurinoma espinal, 23 en hombres y 18 en mujeres, 5 pacientes tenían entre 20 y 30 años, 19 entre 31 y 40 años, 15 entre 41 y 50 años y 2 eran mayores de 50 años, la anatomía patológica informó 38 casos de neurinomas y 4 neurofibromas, en cuanto a la topografía 7 tumores se ubicaron en la región cervical, 13 en la dorsal y 22 casos en la lumbar, 30 casos fueron intradurales, 4 extradurales y 8 intra-extradurales, 1 paciente requirió ser intervenido quirúrgicamente en 2 oportunidades y otro paciente en 3 oportunidades (recidiva tumoral), hubo un caso de neurofibromatosis (paciente con neurinoma bilateral del VIII par y 2 neurofibromas espinales).

Conclusión. Los neurinomas son tumores benignos, generalmente intradurales pero pueden ser extradurales (4 casos de nuestra serie), en IRM se ven hipointensos en T1, hiperintensos en T2 y refuerzan tras la administración de contraste paramagnético, predominan netamente en el grupo de adultos jóvenes, clínicamente en todos los casos se manifestaron con dolor radicular y déficit progresivo y la exéresis quirúrgica es la conducta adecuada, discutiéndose la necesidad de fijación raquídea en ciertos casos.

Tratamiento quirúrgico de las lesiones intramedulares

A.T. RABADÁN, D. HERNÁNDEZ, P. MAGGIORA, C. GUMA

Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari UBA

Objetivo. Evaluar el riesgo quirúrgico de las lesiones intramedulares de adultos mediante el análisis del grado de resección y el resultado funcional.

Material y método. Se realizó un estudio retrospectivo de una cohorte de 23 pacientes. La evaluación neurológica se realizó mediante el score de McCormick modificado (mMS) preoperatoria y postoperatorio dentro de los 90 días. La técnica quirúrgica fue microcirugía asistida por monitoreo neurofisiológico. El control de la resección se realizó mediante IRM-Gd.

Resultados. Se trataron 15 tumores sólidos, 2 tumores quísticos, 4 malformaciones vasculares y 2 siringomielias. Edad: mediana 39.8 años (18-63 años). Las localizaciones medulares fueron: cervical 11 casos; dorsal 8 casos; cono medular 4 casos. Resección completa se obtuvo en 21/23 (91,3%). Mediana de follow-up 32,2 meses. Complicaciones quirúrgicas: 1 fistula de LCR que se resolvió; y un paciente falleció en el follow-up (tromboembolismo). La evaluación neurológica dentro de los 90 días postop mostró mMS =>3 21/23 (91,3%); y mMS =4 en 2/23 (8,7%). Disestesias persistentes 3/23 (13,6%). En nuestra serie, no hubo declinación neurológica, siendo la condición neurológica postop estable o mejor que en el preoperatorio.

Conclusión. En nuestra experiencia, la cirugía de lesiones intramedulares mostró ser efectiva y segura tanto en resultados oncológicos como funcionales.

Hemangioma dorsal agresivo. Presentación de un caso

C. ZANARDI, N. PICARD

HIGA "Dr. Abraham Piñeyro". Junín (B)

Objetivo. Reportar un caso de hemangioma dorsal que se presentó con signos de compresión medular aguda.

Material y método. Paciente de 52 años, sin antecedentes

patológicos, que consultó por paraparesia progresiva. La IRM mostró una lesión hipointensa en T1 e hiperintensa en T2, que desde de la parte posterior del cuerpo de la cuarta vértebra dorsal invadía el canal y comprimía la médula. Se realizó una laminectomía, exéresis tumoral y cementación vertebral. Se logró una recuperación neurológica completa.

Resultados. La paciente desarrolló una paraparesia progresiva por hemangioma vertebral agresivo. Los HV sintomáticos representan menos del 1% de todos los HV y los agresivos son muy raros.

Conclusión. El HVA es sumamente infrecuente. La sospecha diagnóstica basada en los hallazgos imagenológicos, es importante para la planificación preoperatoria. Cuando se asocia a compresión medular, la cirugía descompresiva de urgencia, puede limitar y revertir los déficit neurológicos.

Sarcoma granulocítico epidural espinal: reporte de 2 casos

L. MÁRQUEZ BIROCCO, F. NAVARRO, J. BOTTAN, J. LAFATA,
A. MONTES MARTINEZ, S. PALLINI

Hospital Militar Central "Cir My Dr. Cosme Argerich"

Objetivo. Describir 2 casos de sarcoma granulocítico epidural espinal asociados a leucemia promielocítica aguda.

Descripción. Dos mujeres de 18 y 12 años de edad que debutaron con síndrome de compresión medular progresivo con imagen en IRM que ocupa el espacio peridural posterior desde C5 hasta T10 en el primer caso y una imagen vertebral con compromiso del canal medular a nivel T11 en el segundo. La primera se presenta con un cuadro de pancitopenia asociado; la segunda no presentó otros hallazgos clínico-analíticos. En ambos casos se llega al diagnóstico de leucemia promielocítica aguda mediante punción aspiración de la médula ósea (PAMO).

Intervención. Se realiza descompresión neuroquirúrgica del canal en el segundo caso con recuperación del déficit neurológico. En el primer caso la cirugía se contraindica por su coagulopatía. En ambos casos se inicia el tratamiento antineoplásico, con mejoría del déficit neurológico y remisión de la enfermedad en el primer caso pero con mala respuesta clínica en el segundo caso. El estudio anatomopatológico informa sarcoma granulocítico en ambos casos.

Conclusión. El SG debe sospecharse en niños o jóvenes con imágenes espinales dudosas sin retrasar la PAMO. El tratamiento antineoplásico es la primera elección. Si existen dudas o mala respuesta al tratamiento médico no se debe retrasar la descompresión neuroquirúrgica para evitar déficit irreversibles.

Ependimoma mixopapilar multicéntrico extramedular

N. TEDESCO, M. CRUZ BRAVO, F. LANDRIEL, P. AJLER,
E. VECCHI, C. YAMPOLSKY

Hospital Italiano de Buenos Aires

Objetivo. Presentar dos casos de esta patología infrecuente y revisión bibliográfica

Material y método. **Caso 1:** varón de 30 años, consultó por parestesias y paresia progresiva en ambos miembros inferiores, alteraciones miccionales, inestabilidad en la marcha, ataxia y lumbalgia crónica. La IRM mostró múltiples lesiones intradurales extramedulares que captan homogéneamente el contraste en C2-C3, D2-D4-D5, y D12-L1. **Caso 2:** varón de 32 años, con clínica de lumbalgia crónica y parestesias en el

miembro inferior derecho. La IRM mostró múltiples lesiones intradurales extramedulares en C7, D2, D4, D5, D8, D10, D11, L1, L3, L5, S1 y S2. En ambos casos se indicó el tratamiento quirúrgico de las lesiones sintomáticas.

Resultados. Los estudios histopatológicos confirmaron ependimoma mixopapilar en los dos pacientes. Ambos casos presentaron buena evolución postoperatoria, con mejoría de la sintomatología clínica y sin evidencia de tumor residual en el control a los 10 años en el caso 1 y a los 12 meses en el caso 2.

Conclusión. Presentamos los dos primeros casos de ependimoma mixopapilar extramedular multicéntrico reportados en la literatura, su tratamiento y evolución.

Tumor plexiforme de la cauda equina con afección de raíz motora

M. CRUZ BRAVO, N. TEDESCO, F. LANDRIEL, P. AJLER,
E. VECCHI, C. YAMPOLSKY

Hospital Italiano de Buenos Aires

Objetivo. Reportar un caso y revisión bibliográfica.

Material y método. Un hombre de 47 años inmunosuprimido por un trasplante renal, consultó por lumbalgia irradiada al miembro inferior derecho de 2 meses de evolución. Al examen físico presentaba dolor a la extensión en los dermatomas L4-L5 y paresia 3/5 en la pierna derecha. La IRM informó lesiones nodulares intradurales a nivel L1-L2, isointensas en T1, hipointensas en T2 que captaban homogéneamente el contraste y desplazaban lateralmente las raíces de la cauda equina. Se realizó una citometría de flujo del LCR descartándose lesiones linfoproliferativas. Se indicó la exéresis microquirúrgica bajo monitoreo electrofisiológico y estimulación radicular selectiva.

Resultados. Se identificaron intraoperatoriamente tres lesiones nodulares comprometiendo la raíz motora L4 derecha. La anatomía patológica por congelación permitió descartar linfoma, por lo que se procedió a realizar una resección tumoral completa con preservación radicular anatómica y funcional. El examen histopatológico informó tumor fusocelular compatible con neurofibroma. El paciente fue externado al tercer día postoperatorio sin dolor y con una paresia 4+/5.

Conclusión. Las lesiones radicales motoras plexiformes son sumamente infrecuentes y en caso de ser sintomáticas deben ser tratadas quirúrgicamente descartando previamente causas pasibles de ser tratadas conservadoramente. El monitoreo electrofisiológico es fundamental para optimizar una resección quirúrgica completa sin déficit neurológico asociado.

Tumor espinal cervicodorsal

H. ROJAS, J. LEDESMA, LÓPEZ TAVERNA, R. HERRERA,
S. MILANO, J. PASTORE

Sanatorio Los Arroyos, Rosario

Objetivo. Presentar un caso clínico-quirúrgico de un meningioma medular cervicodorsal.

Material y método. Paciente de 44 años operado en tres oportunidades para resección de un tumor espinal cervicodorsal. **Resultados.** Paciente operado en 1990 para resección de meningioma cervicodorsal por vía posterior. Realizó controles con TAC en 1991 y 1992 sin recidiva y luego abandonó los controles. En 2007 presentó recidiva del proceso. En 2008 fue operado por vía posterior, pero sin resección completa, ya que

el proceso presentaba un componente anterior. En octubre de 2011 consulta con nuestro equipo. EN IRM observamos una masa intradural extramedular con componente anterior. Con el servicio de cirugía cardiovascular realizamos un abordaje cervicotorácico anterior, corporectomía parcial de C6 y D2 y total de C7 y D1. Se reseca microquirúrgicamente el meningioma, en forma completa, resecando además su implantación dural. Realizamos plastia dural. Estabilización del segmento mediante celda de titanio, rellena de injerto autólogo de peroné y placa anterior con tornillos en c6 y d2.

Conclusión. Elegir la vía de abordaje de acuerdo a las características de la lesión, que varían con el tiempo aún en el mismo paciente, es un factor decisivo en la evolución final.

Tratamiento quirúrgico de un tumor vertebral cervical con extensión retrolaterofaríngea. Consideraciones

F. GARCÍA COLMENA, C. CENTURIÓN, P. MAZZARINI, M. ALVAREZ

Clinica privada Vélez Sársfield. Córdoba.

Objetivo. Analizar la presentación clínica y la resolución quirúrgica de un extenso tumor cervical vertebral cervical con extensión retro y laterofaríngea.

Descripción. Paciente masculino de 54 años de edad, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial, dislipemia, insuficiencia coronaria y tabaquismo. Consulta por disfonía y disfagia de 6 meses de evolución. Se realiza fibroendoscopia laríngea donde se observa abombamiento por probable lesión retrolaterofaríngea con importante obstrucción de la luz glótica y compromiso de seno piriforme derecho. Mucosa de características conservadas. La IRM de raquis cervical mostró una lesión expansiva neoforativa vertebral y paravertebral derecha de 9,5 x 6 x 5,3 cm que ocupa los espacios retro y laterofaríngeos, con aparente origen en la cuarta vértebra cervical, con importante efecto de masa sobre vías aérea y digestiva.

Intervención. Se realizó una resección microquirúrgica tumoral paravertebral de C3 a C6 amplia por vía anterolateral, con corporectomía de C4, descompresión medular, reemplazo corporal y colocación de placa cervical anterior de titanio de C3 a C5. No hubo complicaciones operatorias. La anatomía patológica plantea como diagnósticos posibles: fibrohistiocitoma, paraganglioma, colesteatoma y neoplasia mesenquimática. Se solicita evaluación inmunohistoquímica. Los estudios postoperatorios demostraron una adecuada resección tumoral. Clínicamente el paciente mejora sus trastornos funcionales y se encuentra libre de síntomas neurológicos sensitivos o motores.

Conclusión. Síntomas originados en las vías aérea y digestiva altas nos obligan a considerar la existencia de masas ocupantes de espacio con efecto compresivo generadas en el raquis cervical. El abordaje cervical anterolateral con técnica microquirúrgica fue un tratamiento efectivo en la resolución de este caso.

Transformación maligna de un adenoma veloso con afectación sacrococcígea

C. CENTURIÓN, F. GARCÍA COLMENA, P. MAZZARINI, M. ALVAREZ

Clinica Privada Vélez Sársfield. Córdoba

Objetivo. Analizar la presentación clínica y la resolución quirúrgica de una lesión rectal con transformación maligna y afectación ósea a nivel del raquis sacrococcígea.

Descripción. Paciente masculino de 84 años de edad, que

asiste a la consulta por lumbalgia, sacralgia y coxigodinea de meses de evolución. Antecedentes de múltiples interconsultas en diferentes servicios, siendo sometido a distintas estrategias para manejo del dolor. Antecedente patológico: exéresis de lesión rectal por vía endoscópica por abordaje posterior de kraske. Anatomía patológica: adenoma veloso. Examen físico: dolor intenso a la compresión sacra y coccígea, esfínter anal tónico. IRM de columna lumbosacra con cambios degenerativos, se solicita IRM de sacrococix y pelvis donde se observa masa ocupante de espacio con compromiso de pared posterior de recto inferior, espacio presacro y unión sacrococcígea de contornos irregulares y de 55 x 40 m. Examen colonorrectoscópico normal. Se solicita CEA: 21.7.

Intervención. Se realizó una exéresis tumoral completa por vía posterior sacrococcígea, incluyendo la pared posterior del recto con preservación de su mucosa y respeto de raíces sacras. No hubo complicaciones operatorias. Anatomía patológica: carcinoma mucinoso. Ki67 20%. Resto de screening oncológico s/p. El paciente es sometido a tratamiento de radioterapia pélvica y quimioterápico con fluorouracilo y leucovorina. Los estudios postoperatorios demostraron resección tumoral completa. Clínicamente el paciente se encuentra sin dolor y sin alteración de las funciones esfínter-perineal.

Conclusión. La identificación de signos de alarma clínicos es fundamental para la reconducción del despistaje diagnóstico en patología raquídea. El abordaje transsacrococcígea es de utilidad para la resección de lesiones intrapélvicas bajas.

Tumores óseos espinales. Nuestra experiencia

D.E. BENITO, P. MARINO, N. ROURA, A. CERVIO,
R. MORMANDI, S. CONDOMI ALCORTA

Objetivo. Revisión retrospectiva de todos los tumores óseos intervenidos quirúrgicamente en nuestra institución.

Material y método. Revisión retrospectiva de todas las historias clínicas de pacientes intervenidos quirúrgicamente de tumores óseos en nuestra institución desde 1996 hasta la fecha.

Resultados. Se operaron 53 pacientes. Las metástasis corresponden al 62% con 33 casos, siendo el origen primario más común pulmonar (33%). Esta población es preponderantemente masculina (64%) con una edad promedio de 63 años y síntoma de presentación más frecuente la compresión medular. Los tumores óseos primarios intervenidos fueron 20 destacándose el osteocondroma con 5 casos y osteoma osteoide y cordoma ambos con 3 casos. Predominan pacientes masculinos (70%) con edad promedio de presentación de 47 años, consultando principalmente por dolor local. La localización más frecuente fue dorsal tanto para tumores metastásicos (60%) como primarios (45%).

Conclusión. Los tumores óseos primarios se presentan principalmente con dolor local tomando importancia la cirugía tanto para el diagnóstico como tratamiento. Por su parte el motivo que lleva a los tumores secundarios a cirugía es la compresión medular siendo importante su rol de acuerdo a la expectativa de vida del paciente.

Astrocitoma pilocítico intramedular

T. RODRIGO, E. MEZZANO, M. BERRA, R. OLOCCO, F. PAPANINI

Servicio de Neurocirugía del Hospital Córdoba, Córdoba

Objetivo: Presentar un caso de astrocitoma pilocítico intramedular C4-C5 y su resolución quirúrgica.

Descripción. Paciente de sexo masculino de 42 años de edad que consulta por dolor radicular en miembro superior derecho en territorios C4 C5 C6 C7, de dos años de evolución e instauración progresiva, de intensidad leve a moderada. En IRM de columna cervical se evidencia imagen intramedular hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 con componente quístico que realza en forma heterogénea ante la administración de gadolinio.

Intervención. Se realizó laminectomía C4 ampliada y exéresis tumoral total con técnica microquirúrgica, previa biopsia intraoperatoria. El paciente permaneció asintomático por dos meses aproximadamente que presentó hiperestesia táctil en territorio C4 bilateral, fue medicado con antineuríticos evolucionando favorablemente.

Conclusión. Aunque en general los tumores intramedulares suelen tener presentación clínica y neuroimágenes características, en algunos casos puede ser dificultoso su diagnóstico, la biopsia intraoperatoria permitió definir la estirpe de la lesión y con ello la decisión de ampliar los márgenes de resección mediante técnica microquirúrgica obteniendo buenos resultados terapéuticos.

Cordoma cervical: presentación de un caso

A. PARIS, E. MEZZANO, M. BERRA, R. OLOCCO, F. PAPALINI

Servicio de Neurocirugía del Hospital Córdoba - Córdoba

Objetivo. Describir un caso de cordoma cervical con repetidos episodios de recidiva local.

Descripción. Paciente masculino de 40 años, consultó en el año 2006 por cervicalgia de 6 años de evolución, asociada a cuadriparesia progresiva en los últimos tres meses. IRM: lesión expansiva nivel C5 isointensa en T1, hiperintensa en T2 y densidad protónica con destrucción del cuerpo C5 respetando discos adyacentes, con compresión medular y mayor extensión hacia partes blandas prevertebrales. Desde el año 2006 al 2012 se realizaron cinco cirugías, más coadyuvancia con radioterapia.

Intervención. Se realizó abordaje por vía anterior derecha, se resecó lesión de contenido gelatinoso de partes blandas e intracanal raquídeo; se efectuó corporectomía de C5 y tercio inferior de C4, artrodesis con taco óseo y placa (de C3 a C6). Anatomía patológica informó cordoma. El paciente permaneció asintomático. Después de un año comenzó con igual sintomatología y se realizó intervención quirúrgica por vía anterior, extracción de placa y tornillos, se evidenció lesión que se extiende desde partes blandas hasta canal raquídeo, se procedió a la exéresis tumoral, corporectomía de C4 y C6, se efectuó artrodesis con celda de titanio más sustituto óseo, se fijó con placa y tornillos desde C3 a C7, con buena evolución postquirúrgica. A los 3 años de la segunda cirugía comenzó con cervicalgia irradiada a territorio C4 bilateral, parestesias y disestesia en región distal de miembros superiores más diparesia distal 4/5, se realizó intervención quirúrgica, por vía posterior, se efectuó laminectomía de C4, C5 y C6 se objetivó tumor de color nacarado de consistencia intermedia no adherido a planos circundantes, se realizó resección parcial, se colocó tornillos transarticulares en C2-C3 y C7-D1 con barras de fijación y puente. El estudio de inmunohistoquímica Ki67 fue de 10%. Al año y medio después se constató recidiva y se efectuó exéresis parcial de lesión, por vía posterior. Se objetivó impronta en saco dural, en región posterior, generado por el puente de fijación, por lo que se decidió su remoción. En febrero de 2012 (7 meses después) por incremento de los síntomas y aumento del tamaño del tumor residual, se realiza cirugía por vía anterior derecha, procediendo a la remoción parcial de la lesión. El paciente presentó buena evolución postquirúrgica.

Conclusión. La presentación de cordoma en la región cervical es poco frecuente. La exéresis total, estabilización cervical constituyen un desafío para el tratamiento de estas lesiones con alto índice de recidiva local.

Tumor de la cola de caballo. Presentación de un caso

J. LORENTE MARTINEZ, M. LAPREBENDE, J. REGO, J. MERCURI

HIGA "Prof. Dr. Luis Güemes", Haedo

Objetivo. Presentar un caso de tumor espinal de ubicación en la cola de caballo o cauda equina.

Descripción. Paciente de sexo femenino de 53 años de edad, con cuadro clínico de 3 años de evolución en seguimiento en diferentes instituciones con diagnóstico de lumbociatalgia refractaria a diferentes esquemas de tratamiento médico, que en los últimos 6 meses antes del diagnóstico se exagera sintomatología asociado a compromiso de raíces lumbares a predominio derecho. Se realizó IRM de columna lumbosacra con y sin gadolínico evidenciando lesión tumoral en cauda equina que deformaba las estructuras anatómicas imagenológicas de dicha zona.

Intervención. Se realizó tratamiento quirúrgico abordando la región lumbar por vía posterior y se procedió a la exéresis según decisión intraoperatoria; analizado estirpe histológico, compromiso y/o deformidades de estructuras anatómicas adyacentes secundarios a lesión tumoral.

Conclusión. La patología de la columna del tipo neoplásica primaria o secundaria hace parte del diagnóstico diferencial etiológico en los problemas neurológicos; la presentación y sintomatología clínica puede ser dada por el compromiso de los componentes óseos, tejidos blandos (discos, meninges, cartilagos, ligamentos, músculos), elementos neurales (raíz, plexos, médula) o una mezcla de ellos. Se clasifican según su localización topográfica así como también ubicación espinal, siendo estos: extradurales, intradurales extramedulares e intramedulares; la regla de oro de la cirugía en las patologías de columna tipo neoplásico es no deteriorar al paciente y prolongar su existencia con una adecuada calidad de vida.

PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

Tratamiento quirúrgico de la fractura de odontoides

G. OLONDO, R. SAYAVEDRA, S. BELCHIOR, M. MESA, J. SHILTON

Hospital Dr. Cosme Argerich

Objetivo. Describir 4 casos de fractura de odontoides tipo II, diagnóstico, conducta terapéutica y revisión bibliográfica.

Material y método. Estudio retrospectivo de 4 pacientes con fractura de odontoides tipo II. Todas ellas de etiología traumática, la media de edad fue de 25 años. Como clínica predominante presentaban síntomas locales sin signos de afectación bulbo medular. Los estudios complementarios realizados fueron Rx, TAC e IRM de columna cervical. En un primer tiempo se realizó en las 4 fijación externa y tracción para reducir la fractura. Luego se llevó a cabo el atornillado odontóideo por vía anterior.

Resultados. Todos los pacientes fueron controlados con radiografía simple en el postoperatorio, logrando un índice de fusión del 75%. Con una de las pacientes no se logró una completa reducción de la fractura, requiriendo en un segundo tiempo un alambrado posterior C1-C2. La evolución clínica fue favorable, evidenciando mejoría de los síntomas locales.

Conclusión. El tratamiento conservador con fijación externa no ha dado buenos resultados. La opción terapéutica actual, aunque controversial, cuando se logra reducción de la fractura es el atomillado odontoideo por vía anterior, ya que preserva la rotación del cuello a diferencia de la fijación posterior C1-C2.

Complicación atípica postartrodesis lumbar

M. SOTELO, M. VARELA, A. SAINZ, V. AMERIO, L. LUQUE, M. PLATAS

Hospital Interzonal General de Agudos Pte. Perón, Avellaneda

Objetivo. Comunicar un caso de hemorragia cerebelosa como complicación de drenaje lumbar continuo postartrodesis de columna lumbar.

Descripción. Paciente de 18 años que sufre caída de altura con fractura aplastamiento de tercera vértebra lumbar. TAC: fractura aplastamiento L3, fragmento óseo que protruye hacia el canal medular, espondilolistesis L3-L4. IRM fractura aplastamiento L3 con fragmento óseo que invade canal medular de L3.

Intervención. Se realiza fijación y artrodesis L1-L2 y L4-L5, liberación de L3. Intraoperatoriamente se observa desgarro de dural por lo que se procede a su cierre. A posteriori desarrolla fistula de LCR, debiendo ser intervenida en dos oportunidades con diagnóstico de fistula de líquido cefalorraquídeo, colocándose luego de la última cirugía drenaje lumbar continuo. Al segundo día refiere cefalea y náuseas, a lo cual agrega al tercer día disartria y adiadococinesia. Se observa bolsa colectora con débito de 300 ml sanguinolento. TAC de cerebro simple: lesión hiperintensa espontáneamente con halo hipodenso a nivel de ambos hemisferios cerebelosos. Se cierra el drenaje y posteriormente se lo retira. La paciente evoluciona favorablemente hasta el alta médica con recuperación ad-integrum.

Conclusión. Revisada la bibliografía existente sobre el tema resaltamos la ocurrencia de complicación atípica del drenaje lumbar continuo a posteriori de artrodesis de columna lumbar (hemorragia cerebelosa).

Canal severamente estrechado por pseudoartrosis hipertrófica de odontoides. Conclusión caso presentado 2007

M. PEIRANO, A. BOCCARDO, C. RUSSO, F. WOODGATE

Servicio de Neurocirugía, Hospital G. A. J. M. Penna

Objetivo. Mostrar complicación anexa y resolución de caso de inestabilidad C1-C2 de diagnóstico tardío, presentado en Neuro Raquis 2007. Se presentan las diversas opciones de tratamiento y la descripción del elegido. Seguimiento a 5 años.

Descripción. Se presenta un caso de inestabilidad C1-C2, con síntomas de aparición tardía, por supuesta reagudización al realizar movimientos cervicales tipo quiropraxia luego de precaria artrodesis. Los estudios inducían a pensar en una artrodesis espontánea, que resultaba insuficiente ya que las Rx dinámicas lo demostraban.

Intervención. Se procedió a estabilizar la lesión con un alambrado posterior C1-C2 con injerto según la técnica de Gallie. Los estudios de control mostraron una pseudoartrosis hipertrófica en progresión que generaba un canal severamente estrechado, de difícil resolución. Realizadas consultas con varios reconocidos especialistas del medio local e internacional, se obtuvieron opiniones dispares. Se optó por la opción menos cruenta, con un seguimiento exhaustivo, que arrojó resultados satisfactorios. Con la consolidación producida gracias a la fijación posterior C1-C2, se evidenció una regresión de la pseudoartrosis. Se

realizaron Rx dinámicas que comprobaron la fusión. El paciente mantuvo la hipertonia de inicio, sin que hubiese ni progresión, ni regresión de la signosintomatología.

Conclusión. La pseudoartrosis hipertrófica provoca, en ocasiones, un canal estrecho severo, que obliga a tomar decisiones muchas veces difíciles, por las consecuencias sobre la vida del paciente. En nuestro caso, no fue necesario un abordaje transoral, debido a que la fusión posterior hizo retrogradar en parte, la pseudoartrosis hipertrófica, a niveles útiles para el enfermo.

Fractura vertebral de evolución atípica

N. PICARD, C. ZANARDI

Clínica "La Pequeña Familia". Junín

Objetivo. Reportar un caso de fractura vertebral y compresión medular de evolución atípica que se presentó con signos imagenológicos sugestivos de tumor vertebral.

Descripción. Presentamos un paciente de 78 años, con antecedentes de linfoma y carcinoma prostático, que consulta por dolor dorsal alto de meses de evolución. Al momento de la primera consulta, presentaba una IRM (marzo) donde se observaba aplastamiento vertebral D6 asociado a un fragmento que comprimía la médula espinal. Hubo demoras secundarias a intercurrentes clínicas severas. Repetida la IRM a los tres meses, se constató la reabsorción parcial del fragmento dorsal (remodelación), aplastamiento D4 e hiperintensidad D5.

Intervención. Dados los antecedentes oncológicos, el planteo terapéutico fue biopsia y cementación vertebral. El paciente mejoró su sintomatología. La biopsia mostró proceso inflamatorio.

Conclusión. Los procesos inflamatorios crónicos vertebrales (espondilitis), son infrecuentes, pero deben tenerse en cuenta en pacientes con fracturas vertebrales de evolución atípica, principalmente si se plantea la realización de un procedimiento que requiera la colocación de un implante, por su eventual etiología infecciosa. La actualización de las imágenes preoperatorias puede modificar la estrategia quirúrgica.

Inestabilidad occipitocervical por impacto de arma de fuego

M. RE, J. TOLEDO, F. VAN ISSELDYK, P. CARRARA,
D. MALDONADO, M. GARROTE

Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Álvarez". Rosario.

Objetivo. Presentar un caso de inestabilidad cervical por proyectil de arma de fuego.

Descripción. RL de 29 años ingresa por impacto de proyectil en región cervical. Inicialmente no se detectan signos clínico-radiológicos de inestabilidad o déficit neurológico. La paciente abandona controles subsiguientes, reingresando 3 años después por cervicalgia desencadenada por trauma cervical en el contexto de violencia familiar. Esta vez con signos de compresión medular y con collarín de Filadelfia colocado por iniciativa de la paciente. Se constata inestabilidad occipitocervical, subluxación C0-C1, invasión del canal por arco posterior de C1, y degeneración de C2.

Intervención. Se procede a fijación occipitocervical con marco de Ransford en los segmentos C0-C4. Cursa postoperatorio sin particularidades, con desaparición de su cervicalgia. Se obtienen imágenes de control en el postoperatorio inmediato y a los dos meses. Se inmoviliza con collarín de Filadelfia.

Conclusión. El marco de Ransford constituiría una alternativa a los sistemas de fijación rígidos.

Trayectoria atípica de proyectil en conducto raquídeo por herida de arma de fuego

F. BARBONE, G. PAWLUK, F. FASANO

Hospital Castex

Objetivos. Presentar un caso de lesión raquimedular producida por un proyectil de arma de fuego.

Descripción. Paciente masculino, de 17 años de edad, que ingresa con diagnóstico de herida por proyectil de arma de fuego, con orificio de entrada a nivel de L2, sin orificio de salida. Al examen neurológico se constata una paraplejía flácida arrefléctica, con nivel sensitivo D10, y esfínter anal atónico.

Intervención. Se realiza una TAC de columna dorsolumbar, que evidencia fractura de apófisis espinosa y lámina de L2, proyectil intracanal espinal a nivel D7-D8. Se lleva a cabo una laminectomía descompresiva D7-D8-D9, evacuación de hematoma subdural espinal, y extracción del proyectil.

Conclusión. El tratamiento quirúrgico de urgencia de las lesiones penetrantes raquimedulares, sigue siendo controversial. La laminectomía descompresiva y extracción del cuerpo extraño, permitió el tratamiento de la lesión del saco dural, con el objetivo de prevenir la siringomielia y fistula de líquido cefalorraquídeo postraumática.

Luxación traumática de columna cervical subaxial: descripción de un caso de resolución quirúrgica diferida

S. PASSERO, E. MEZZANO, M. BERRA, R. OLOCCO, F. PAPALINI

Servicio de Neurocirugía del Hospital Córdoba - Córdoba

Objetivo. Reportar un caso de luxación subaxial (C4-C5) y las complicaciones asociadas al tratamiento quirúrgico diferido.

Descripción. Paciente de sexo masculino de 21 años de edad con luxación C4-C5 tras accidente automovilístico y las complicaciones asociadas al no poder solucionar en forma precoz dicha condición. Al ingreso el paciente presentaba paraplejía flácida y paresia de miembros superiores, disestesias y parestesias en los 4 miembros junto a hipoestesia táctil y termoalgésica sub C4. Los estudios por imágenes objetivan luxación C4-C5 con encastramiento facetario bilateral.

Intervención. Se intenta la reducción cerrada sin resultado positivo por lo que se decide reducción quirúrgica la cual por motivos administrativos se difiere en 20 días, periodo durante el cual el paciente desarrolla diferentes complicaciones asociadas a su condición. Se realiza abordaje por vía anterior, se visualiza cara anterior de columna cervical y se procede a realizar disectomía C3-C4 y C4-C5, reducción de la luxación y posterior colocación de taco óseo de injerto autólogo de cresta ilíaca y colocación de placa y tornillos en cuerpos vertebrales C3, C4 y C5. El paciente evoluciona con gran mejoría de su cuadro respiratorio e infectológico, es extubado a las 48 hs postoperatorias y se comienza rehabilitación intrahospitalaria hasta la derivación a centro especializado.

Conclusión. La realización de la cirugía permitió dentro de las primeras 48 hs postoperatorias la descomplejización del paciente con la mejoría de las patologías asociadas. La revisión de la literatura describe que la resolución quirúrgica temprana no solo detiene la progresión de la lesión primaria medular sino que impide el desarrollo de la secundaria como así también la rehabilitación temprana del paciente, la disminución de la estadía hospitalaria y el menor costo en políticas de salud.

Cementación percutánea dorsal previa a instrumentación

A. GUIROY, P. JALÓN, R. CERATTO, N. SPAHO

Clínica "La Sagrada Familia" ENERI

Objetivo. Presentar un caso de fracturas vertebrales múltiples traumáticas tratado con cementaciones percutáneas, previo a la instrumentación con tornillos transpediculares.

Descripción. Paciente masculino de 35 años que sufre un accidente en moto 5 días antes de la derivación. Al examen físico presentaba como único hallazgo dolor, con una gradación "E" en la escala de Frankel. En la TAC se evidenciaron fracturas estallido dorsales D7 y D8, con compromiso simultáneo de apófisis transversas y espinosas. A nivel D9 y D10 se evidenció hiperintensidad en la secuencia STIR de la IRM, sugestivos de fractura en estadio agudo. Con diagnóstico de fractura de 4 vértebras sucesivas, una de ellas con compromiso del canal y fractura de elementos de los arcos posteriores, se indica la instrumentación quirúrgica.

Intervención. La utilización de cementación con metilmetacrilato como refuerzo previo a la colocación de tornillos transpediculares, para mejorar la inserción de los mismos y así disminuir el riesgo de pull out, ha sido descrita en pacientes añosos, con fracturas osteoporóticas o por osteopatías. El objetivo del refuerzo vertebral percutáneo es aportar un remodelado vertebral eficiente con técnicas poco cruentas; genera la posibilidad de realizar instrumentaciones cortas y aporta fortaleza vertebral para mejorar el soporte de inserción de los tornillos transpediculares. Con el objetivo de limitar la extensión de niveles a artrodesar se indicó la cementación percutánea el mismo día del ingreso, con lo cual se resolvió el cuadro doloroso. Se realizó estabilización posterior mediante artrodesis transpedicular a la semana del ingreso, con fusión desde D4 a D11. Presentó buena evolución clínica y adecuados controles radiológicos por lo cual se externó a los 5 días del procedimiento. En la bibliografía se destaca la utilidad de la cementación previa a la instrumentación en casos de osteoporosis, con escasa evidencia en casos de fracturas en hueso sin dicha patología.

Conclusión. En este caso de fracturas vertebrales dorsales múltiples inestable, se logró una correcta estabilización, con preservación funcional y adecuados controles radiológicos, realizando cementaciones múltiples con el objetivo de lograr un mejor lecho de implante para la inserción de los tornillos transpediculares y reducir la longitud de la artrodesis.

Espondilolistesis traumática del axis

R. PRINA, M. QUINTEROS, L. SERNA, F. CASSINI, R. GUTIERREZ

Clínica Güemes. Luján

Objetivo. Presentar un caso de tratamiento reciente y un caso tratado hace 1 año, ambos con fractura-luxación traumática del axis (espondilolistesis traumática del axis).

Descripción. Caso 1: paciente masculino de 42 años de edad, con fractura de axis por trauma por accidente automovilístico, ingresa al servicio, se diagnostica en agudo, grado I con mínima listesis sin angulación, se inmoviliza con cuello ortopédico, se realizan imágenes de control a los 20 días. En el control radiográfico, se observa aumento del desplazamiento a grado II con angulación, por lo cual se decide realizar cirugía de fusión. **Caso 2:** paciente de 48 años sexo masculino, operado hace 1 año por fractura del axis inestable con 1 mes de evolución previa, por politrauma con TEC grave por colisión vehicular.

Intervención. En ambos casos, se realizó la misma técnica quirúrgica, que consistió en abordaje por vía anterior, bajo microscopio, discectomía con artrodesis autóloga con injerto de cresta más placa atornillada. La artrodesis del control a un año en un paciente es muy satisfactoria. En el paciente restante, se logró el mismo objetivo quirúrgico (fusión, inmovilización-reducción) sin poder objetivar aún los resultados de la artrodesis por el escaso tiempo transcurrido desde la cirugía.

Conclusión. Las fracturas con espondilolistesis de C2 pueden evolucionar hacia la inestabilidad con pseudoartrosis y lesión medular secundaria. Los tratamientos sugeridos son numerosos. El abordaje anterior es una elección adecuada y segura para el tratamiento de este tipo de fractura

Espondiloptosis traumática de L4

A. ZILIO, P. LEHRNER, A. MONTI

HMVL Bernardo Houssay

Objetivo. Comunicar un caso infrecuente de espondiloptosis L4 traumática.

Descripción. Un hombre de 37 años sin antecedentes de relevancia, ingresa a la guardia luego de ser arrollado por un tren. Al momento del ingreso presenta una fractura expuesta de miembro inferior izquierdo, equimosis lumbares y paraplejía flácida con nivel sensitivo y motor L4. Se obtienen Rx lumbosacras y de pelvis que muestran una espondiloptosis L4 y una luxación sacroiliaca homolateral. Posteriormente se realiza una TAC con reconstrucción 3D y cortes multiplanares en la cual se observa el desplazamiento antes mencionado, la fractura de las facetas L4-5 izquierda y la luxación de la faceta inferior derecha de L4, la cual se hallaba encastrada en el platillo de L5. La IRM evidenció la obliteración total del canal y una severa compresión y distorsión del saco dural a ese nivel.

Intervención. Se abordó la columna lumbar por vía posterior por medio de un abordaje mediano lumbosacro. Luego de la disección muscular se evacuó un hematoma que tomaba contacto con los elementos raquídeos posteriores. Se realizó la laminectomía de L4, retirando esquirlas óseas. El saco dural se encontraba contundido, deformado y desgarrado en varios puntos, sin evidencia de salida de LCR. Posteriormente de resecaron los fragmentos de las articulares izquierda, se realizó la osteotomía de la pars interarticularis derecha, y se removieron los fragmentos discales L4-5, con lo cual se pudo lograr una reducción parcial del desplazamiento. Se colocaron tornillos transpediculares L3-4 y L5-S1, lográndose con tracción-distracción la reducción final hasta llegar a una espondilolistesis grado 1 y fijando con barras.

Conclusión. La espondiloptosis traumática de L4 es una lesión extremadamente infrecuente, pero puede ser resuelta con éxito por medio de un abordaje posterior único.

Luxación cervical traumática: resolución quirúrgica con prótesis expansibles

R. SAYAVEDRA, M. MESA, S. BELCHIOR, G. OLONDO, J. SHILTON

Hospital Dr. Cosme Argerich

Objetivo. Describir nuestra experiencia en el tratamiento de luxaciones cervicales mediante reemplazo corporal expansible.

Material y método. Estudio retrospectivo de 2 pacientes con luxación cervical de etiología traumática, tratados en el Servi-

cio. **Caso 1:** paciente masculino de 44 años que consultó por cervicalgia. **Caso 2:** paciente femenina de 58 años con cuadriparesia moderada-severa y cervicalgia asociada. Se estudiaron con Rx, TAC e IRM de columna cervical. Se realizó tracción manual, corporectomía y colocación de reemplazo corporal expansible de titanio relleno con injerto óseo, con placas incorporada en ambos pacientes.

Resultados. Se realizaron Rx, TAC e IRM cervical como control postoperatorio, evidenciando realineación del raquis y una correcta posición del material protésico. Clínicamente en ambos casos evolucionaron favorablemente, con mejoría del déficit motor y desaparición de las cervicalgias. Ambos pacientes permanecieron con collar de Filadelfia por 3 meses.

Conclusión. El reemplazo corporal expansible ofrece múltiples beneficios en relación a las prótesis convencionales, facilitando la técnica y acortando el tiempo quirúrgico.

PATOLOGÍA MALFORMATIVA

Chiari I: edema medular y aumento de la siringomielia luego de la descompresión cráneoespinal

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

Hospital de Clínicas "José de San Martín", UBA

Objetivo. Describir y analizar un caso de Chiari I con edema medular y aumento de la siringomielia (SM), luego de una descompresión cráneo espinal (DCE).

Descripción. Mujer de 57 años que consultó por cefaleas agravadas por maniobras de Valsalva, hipo, disfagia e hipoestesia distal del miembro superior izquierdo. La IRM mostró una malformación de Chiari tipo I con SM.

Intervención. En abril de 2009 se efectuó una DCE (occipital + atlas) con plástica meníngea (dura artificial). En el postoperatorio inmediato notó aumento de su cefalea y además, se produjo una fistula de LCR que se trató con un drenaje lumbar externo. Como sus síntomas pre y postoperatorios mejoraron fue externada. En la IRM realizada a los 15 días se observó un pseudomeningocele (PM) con edema medular. Los controles posteriores mostraron la desaparición del edema y el PM, con un aumento en el tamaño de la SM. En marzo de 2011 se hizo una laminectomía del axis sin reducción de la SM. Luego de un acceso de tos apareció un dolor neuropático en el brazo izquierdo. La nueva RM mostró que la SM no se había reducido y que la plástica meníngea se había retraído obstruyendo la cisterna magna. En diciembre de 2011 se realizó una nueva plástica meníngea con periostio y la IRM de marzo del 2012 mostró una desaparición de la SM.

Conclusión. En este caso, el edema medular y el PM se redujeron espontáneamente pero la SM no mejoró hasta eliminar todas las causas de obstrucción en la circulación del LCR a nivel de la cisterna magna.

Escoliosis asociada a siringomielia y malformación de Chiari 1

H. MOYA JAIMES, O. ROMERO PERTUZ

HIGA "Prof. Dr. Luis Güemes" Haedo, Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín, Antioquia- Colombia

Objetivo. Describir un caso de escoliosis asociado a siringomielia y malformación de Arnold Chiari 1, analizar

algunas características de la escoliosis que nos hagan pensar en dicha asociación.

Descripción. Paciente de 12 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, sin dolor u otra sintomatología. A la exploración física asimetría de hombros, escápulas, crestas ilíacas y caderas, giba dorsal y desviación de la línea de plomada a la izquierda. El examen neurológico fue normal. Rx escoliosis de curva dorsal izquierda 22° y lumbar derecha 20°. Por patrón de curva atípico y progresión de las curvas escolióticas se decide realiza IRM hallándose malformación de Chiari 1 y siringomielia de C5 a D11.

Intervención. Se realizó descompresión occipitocervical más duroplastia, reducción y fijación occipitocervical. Actualmente sin déficit neurológico y se aguarda evolución de la patología.

Conclusión. El tratamiento quirúrgico de la escoliosis en presencia de siringomielia silente se ha asociado a complicaciones neurológicas, por ello el tratamiento quirúrgico de la patología del neuroeje debe preceder al de la escoliosis, con lo que se puede alcanzar estabilización y/o mejoría de la deformidad espinal, disminuyendo la posibilidad de secuelas neurológicas.

Escoliosis, Chiari y siringomielia. Enfermedades asociadas. ¿Por dónde empezar?

M. OLIVERO, M. GAVIRA, S. CAÑAS

Centro de Enfermedades Neurológicas, Psicología y Rehabilitación, Villa María, Córdoba

Objetivo. Analizar la evolución de las siringomielias asociadas a escoliosis y Chiari con las diferentes conductas tomadas durante las resoluciones quirúrgicas.

Material y método. Se analiza la casuística de cirugías de escoliosis idiopáticas juveniles o de la infancia, excluyendo las degenerativas, entre enero de 2005 y marzo de 2012, encontrando 18 cirugías de escoliosis, de ellas 3 se asociaron a siringomielia y Chiari, se estudiaron edad, sexo comienzo de la deformación, anulación según la medición de Cobb, la corrección lograda y la evolución de su Chiari y siringomielia, complicaciones.

Resultados. Se encontraron 3 pacientes con escoliosis idiopática juveniles quirúrgicas asociadas a siringomielia y Chiari, 2 mujeres, 1 varón, edad promedio 14 años, angulaciones superior a 40° de su roto escoliosis, presentando en 2 casos Chiari grado I, 1 caso Chiari II, 2 siringomielias cervicales y 1 dorsal. Todos los pacientes estaban asintomáticos de su Chiari y siringomielia. El motivo de consulta deformación dorsal y raquialgias ocasionales, todas comenzaron con el crecimiento. Las tres fueron operadas, solo una de ellas requirió, previo a su cirugía de la deformación escoliótica, cirugía de Chiari y siringomielia cervical. Los 3 pacientes volucionaron bien ortopédicamente, sin déficit neurológico, 2 de ellos resolvieron su siringomielia solamente con la corrección de la escoliosis, en un paciente la siringomielia continuó sin cambios.

Conclusión. Todas las escoliosis idiopáticas juveniles deben ser estudiadas en su neuroeje aunque no tengan síntomas, la asociación de siringomielia y Chiari es frecuente, de acuerdo al grado de Chiari y el tamaño de la siringomielia es la conducta de resolver la siringomielia y el Chiari previo a la cirugía de escoliosis. El 66% de los casos resolvieron la siringomielia con la cirugía de escoliosis, en todos los casos se resolvió la deformidad.

PATOLOGÍA INFECCIOSA

Espondilodiscitis lumbar

O. E. VALDEZ, J. E. MEOLI

Sanatorio Los Arroyos, Rosario, Santa Fe

Objetivo. Presentar un caso de espondilodiscitis lumbar que evolucionó a la cronicidad por falta de diagnóstico oportuno.

Descripción. Paciente de sexo masculino, de 79 años, con antecedentes de obesidad, diabetes tipo II y úlcera varicosa en pierna izquierda. Estuvo internado 4 meses antes por lumbalgia y tromboflebitis en miembro inferior izquierdo. Los cultivos de sangre y orina fueron negativos. Se diagnosticó además litiasis urinaria y colecistitis aguda, que fueron interpretadas como responsables del dolor lumbar. La patología venosa evolucionó favorablemente con antibioticoterapia. Luego de dos meses, ante la irradiación del dolor a miembros inferiores y la constatación de signo de Lasègue, se solicitó IRM de columna lumbar, que evidenció espondilodiscitis L1-L2. Se realizó punción bajo TAC, los cultivos fueron negativos y el estudio anatómopatológico evidenció proceso inflamatorio crónico, sin evidencia de neoplasia. Se propuso tratamiento quirúrgico.

Intervención. Se realizó abordaje posterior miniinvasivo, discectomía videoasistida y drenaje. Comenzó tratamiento empírico endovenoso con cefipime-vancomicina. Los cultivos fueron negativos. Evolución favorable, alta de internación al 6° día de postoperatorio, en buen estado general, sin déficit neurológico. Continuo con levofloxacina y ciprofloxacina vía oral, con notable mejoría del dolor y del estado funcional en el postoperatorio inmediato.

Conclusión. La espondilodiscitis lumbar suele no ser diagnosticada en etapas tempranas de su evolución. El tratamiento quirúrgico puede aportar importante mejoría clínica en casos seleccionados.

Tratamiento quirúrgico de cifosis angular postTBC

J. LAMBRE, O. TROPEA, N. MAROGNA, L. LUQUE,
D. SECLÉN, D. POSADAS

Hospital de Alta Complejidad El Cruce, Florencio Varela

Objetivo. Presentar la resolución quirúrgica de la cifosis angular, secuela de una espondilodiscitis TBC. Caso presentado en Neurotraquis 2010.

Descripción. Mujer de 62 años con cuadriparesia espástica severa secundaria a compresión medular por cifosis angular secuela de espondilodiscitis C5 tratada hace 2 años y sin patología infecciosa activa desde hace 1 año. Luego de un minucioso estudio imagenológico (Rx, TAC con reconstrucción 3D y IRM cervical) se plantea: 1- liberación posterior C2 a C7 y colocación de tornillos en macizos articulares C a C; 2- abordaje anterior: liberación medular, reemplazo de cuerpos C3-C5 mediante Mesh y reducción + fijación con placa C2-C6; 3- fijación por vía posterior mediante 2 barras.

Intervención. Este caso y el planteo quirúrgico fue presentado, discutido y aceptado en Neurotraquis 2010. Se operó el 5-2-11 con asistencia de monitoreo de potenciales evocados motores pudiendo cumplir sin complicaciones la táctica planeada. Postoperatorio sin complicaciones con excelente evolución neurológica. Alta 15-2-11.

Conclusión. La recuperación total de su cuadro neurológico y controles imagenológicos que confirman la correcta liberación medular y alineación vertebral, siendo controlada hasta la actualidad por consultorio externo.

MISCELÁNEA

Estimulación sacral en lesionados medulares

B. PAULA, G. FOENQUINOS, F. BARBONEM, ZANGONE, J. RIMOLDI

Hospital "Bernardino Rivadavia"

Objetivo. Reportar nuestra experiencia en la utilización de neuroestimulación sacral en pacientes con incontinencia urinaria por lesiones medulares.

Material y método. Se implantaron 4 pacientes, 2 hombres y 2 mujeres, edades entre 24 y 62 años, con diagnóstico de trastornos urinarios secundarios a lesión medular incompleta en 2 casos y lesión medular completa en otros 2 casos, presentando como antecedentes, traumatismos raquimedulares en niveles T6-12, resección de neurofibroma y hematoma intramedular. Dos requisitos deben cumplir los pacientes: motoneurona sacral viable, con vías nerviosas conservadas y un detrusor con capacidad de contraerse. Se utilizó la técnica mínimamente invasiva introducida por Spinelli en 2003.

Resultados. Los beneficios obtenidos fueron: eliminar la utilización de sondas vesicales, disminuir drásticamente los cateterismos intermitentes, evitar infecciones urinarias y el daño renal por ausencia de reflujo vésicoureteral.

Conclusión. Creemos de interés la presentación de estos casos, ya que en la experiencia de quienes trabajamos en este Servicio, como en la revisión bibliográfica realizada, es altamente importante el beneficio logrado, en la disminución de infecciones urinarias, necesidad de sondaje y daño renal, confiriendo una evolución favorable de la calidad de vida de estos pacientes.

Indicaciones y resultados de artrodesis lumbar vía anterior

G. VERGARA, E. CASTELLANI, A. CERVO, N. ROURA, P. MARINO, J. SALVAT

Servicio de Neurocirugía de FLENI

Objetivo. Determinar y analizar las diferentes indicaciones de artrodesis lumbares anteriores (ALA) y sus resultados.

Material y método. Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes operados en FLENI por patología lumbar desde el año 2006 hasta febrero de 2012 en los cuales se realizó ALA. Se analizaron las historias clínicas de dichos pacientes logrando un seguimiento máximo de 5 años.

Resultados. Se operaron 17 pacientes, 5 hombres y 12 mujeres, una edad promedio de 54 años; las indicaciones de cirugía fueron: pseudoartrosis, listesis, trauma, tumores y osteomielitis; 3 pacientes presentaron complicaciones que necesitaron tratamiento quirúrgico; 14 los días de internación promedio. Los espacios más tratados fueron L4 y L5 y el injerto más utilizado fue el MESH.

Conclusión. La ALA permite una mayor superficie de artrodesis, una mayor posibilidad de recuperar lordosis lumbar y una mayor estabilidad lumbar en conjunto con la vía posterior disminuyendo los porcentajes de pseudoartrosis.

Posición genupectoral en cirugía lumbar. diseño y presentación de dispositivo universal GE

G. ESTEFAN^{1,2}, V. ESTEFAN¹, G. CAMPOLONGO², G. SEJANOVICH², O. URQUIZU²

¹*Instituto de Cerebro y Columna, Mendoza*

²*Hospital Español de Mendoza*

Objetivos. 1- Presentar el resultado del proyecto de diseño del dispositivo universal GE, construido en nuestro medio y experimentado durante años, para facilitar y optimizar las ventajas de la posición genupectoral en las discectomías y microdiscectomías lumbares. 2- Aportar este sistema universal a los neurocirujanos que utilizan esta posición operatoria en distintos medios hospitalarios y sanatoriales, facilitando la instalación del paciente.

Descripción. Existen numerosos dispositivos que buscan evitar la compresión abdominal y mejorar la ventilación pulmonar en la posición prona para realizar una discectomía o microdiscectomía lumbar, tales como los "potros" de diversos modelos, colocación de "rollos" sobre la mesa quirúrgica, apoyos ilíacos y torácicos, etc. En nuestra experiencia desde 1976 en discectomías y microdiscectomías lumbares nos ha dado excelentes resultados la posición genupectoral, que permite el libre posicionamiento gravitacional abdominal evitando el desplazamiento del diafragma hacia la cavidad torácica que restringe el movimiento fisiológico pulmonar promoviendo atelectasias pulmonares. Además se obtienen en el acto operatorio venas epidurales prácticamente colapsadas, facilitando el mismo. Esta colocación del paciente ampliamente utilizada es muy sencilla de obtener en mesas quirúrgicas que incluyen entre sus accesorios posibilidades de apoyo de las rodillas en un plano inferior al nivel torácico (Ej. mesas Maquet, Jackson, Andrews, OPT 90, etc.) Cuando no disponemos de estos accesorios o la mesa operatoria no está adaptada, es posible crear el desnivel apoyando las rodillas en un "banco acolchado". La desventaja de este método es que una vez colocado el paciente en genupectoral no es posible realizar cambios de posición durante el acto operatorio ya que el apoyo de las rodillas está desvinculado del apoyo pectoral. Por ejemplo variar el grado de Trendelenburg, lateralizar la mesa quirúrgica, o elevar o descender la misma.

Presentamos el dispositivo de apoyo GE, que permite la regulación en altura del plano de las rodillas de acuerdo a la talla del paciente, la variación del ángulo de flexoextensión de las rodillas evitando compresiones vasculares de miembros inferiores, lateralización derecha-izquierda y variar a Fowler y Trendelenburg intraoperatorio, ya que el sistema queda integrado a la mesa quirúrgica accediendo a todos sus movimientos. El dispositivo es regulable para ser integrado a cualquier marca o modelo de mesa quirúrgica. Está construido en acero inoxidable y acrílico permitiendo su limpieza y desinfección con detergentes de uso quirúrgico. Su transporte es muy sencillo debido a que sus piezas quedan integradas en una sola.

Conclusión. La posición genupectoral es ampliamente utilizada en la cirugía de columna lumbar porque permite liberar completamente el abdomen evitando la compresión venosa y mejorando la mecánica respiratoria. Estimamos que este sistema universal de apoyo de las rodillas, integrado a la mesa quirúrgica, multirregulable y de fácil transporte, pueda ser de utilidad a otros colegas al momento de instalar al paciente obteniendo una óptima posición inclusive en pacientes obesos.

Complicaciones de artrodesis e instrumentación lumbar

D. MORALES, A. SAINZ, L. LUQUE, A. CASTRO, J. LAMBRE, M. PLATAS

HIGA Pte. Perón de Avellaneda

Objetivo. Describir y analizar las complicaciones observadas en una serie de 29 casos de artrodesis e instrumentación lumbar en los últimos seis años (2006-2012)

Material y método. Se realizó un trabajo retrospectivo mediante análisis de historias clínicas, partes quirúrgicas, estudios radiológicos y evolución clínica de 29 pacientes intervenidos de fijación lumbar en el periodo de 2006-2012. El número total de pacientes intervenidos fue de 35, en 6 de ellos no se reunieron datos suficientes para incluirlos en esta serie.

Resultados. Se realizaron 32 intervenciones. El promedio de días de internación fue 12, con un promedio de 4 horas de cirugía. El 62% de las patologías fue degenerativa, 34% traumática, 4% tumoral. En el 90% de los casos se realizó abordaje por vía posterior, en el resto anterolateral. Se colocaron en total 174 tornillos. En todas las intervenciones se usó radioscopia. Con respecto a la técnica quirúrgica en todas las cirugías se utilizó injerto óseo autólogo para favorecer la artrodesis, se dejó aspirador como drenaje, se infiltraron con bupivacaína los planos musculares y se utilizó antibioprofilaxis profiláctica (Cefalotina) intra y postoperatoria. Se registraron un total de 14 complicaciones, las más frecuentes fueron: mal posicionamiento de tornillos (6 tornillos) e infección de herida quirúrgica (4 casos de los cuales 3 fueron superficiales y una del plano subaponeurótico).

Conclusión. La artrodesis lumbar como tratamiento de distintas patologías de columna no está exenta de complicaciones. La existencia de las mismas estaría en relación directa al tiempo prolongado de cirugía y técnica quirúrgica adecuada. El uso de determinadas conductas pre, intra y postoperatorias reducen significativamente el número de las mismas.

Reconstrucción de la columna vertebral cervical mediante abordajes combinados en patología traumática

J. LAMBRE, E. SALAS, P. RUBINO, O. FRANZE, F. RODRIGUEZ,
J. EMMERICH, N. FIORE

*Hospital Español de La Plata
Hospital de Alta Complejidad El Cruce*

Objetivo. Presentar la técnica utilizada para la reconstrucción vertebral mediante abordajes combinados en patología traumática cervical.

Material y método. Realizamos abordajes combinados en 23 pacientes desde 2002 al 2011. 7 en patología traumática y el resto en patología tumoral, infecciosa, degenerativa e inflamatoria (AR). **1er tiempo:** abordaje posterior, liberación radicular, osteotomías. **2do tiempo:** abordaje anterior, discectomía-corpectomía, reducción, reemplazo cuerpo (Mesh) o disco (cage) y fijación con placa. **3er tiempo:** abordaje posterior para fijación con tornillos-barras.

Resultados. Mejoría progresiva y útil en los casos que tenían compromiso neurológico; ningún paciente presentó agrava-

ción respecto al estado preoperatorio. La corrección de la deformidad (pérdida del eje) fue satisfactoria en todos los casos, acorde a la situación preoperatoria y planeamiento programado. La duración promedio de este tipo de técnica fue de 6,30 horas.

Conclusión. Son cirugías complejas y prolongadas. En las columnas rígidas donde se debe corregir la deformidad (pérdida de ejes). Es necesario un primer tiempo posterior de liberación, seguido de un segundo tiempo anterior de liberación, reducción y síntesis, para finalizar con un tercer tiempo posterior de síntesis. Esta técnica nos permite lograr además de la corrección de la deformidad, la liberación y fijación 360°.

Abordajes combinados a la columna toracolumbar

J. S. BOTTAN, L. GALVEZ, P. RUBINO, A. HOUSSAY

*Clínica Olivos, Sanatorio Las Lomas
y Centro Médico "El Talar"*

Objetivo. Presentar dos casos clínicos en los que se emplearon abordajes combinados (vía anterior y vía posterior) a la columna toracolumbar.

Descripción. Se presentan 2 casos disímiles de afecciones en la columna toracolumbar, que precisaron sendos abordajes en más de una cirugía. **Caso 1:** paciente masculino de 76 años de edad con diagnóstico de espondilodiscitis L2-L3, en el que se practicó una toilette mediante una lumbotomía lateral en primer tiempo, seguido de una fijación posterior en segunda instancia y en un tercer tiempo, se procedió a la colocación de injerto tricortical, nuevamente por vía anterior. **Caso 2:** paciente masculino de 26 años de edad, con un traumatismo raquímedular Frankel D con fractura tipo C3 según clasificación AO a nivel D8. Se procedió inicialmente a una fijación anterior con expansor, mediante una toracotomía y en segundo tiempo se realizó una artrodesis transpedicular vía posterior de C4 a L1.

Intervención. Caso 1: se efectuó una toilette del absceso discal, confirmando la presencia de *K. pneumoniae* en los cultivos del material quirúrgico. Tras completar esquema antibiótico se procedió a la estabilización por vía posterior, mediante la colocación de tornillos transpediculares a nivel L1 a S1 y fijación iliaca bilateral. Finalmente, tras obtener negativización de los hemocultivos y normalización de los parámetros infectológicos (PCR y ESD), se efectuó la fusión intersomática con injerto autólogo tricortical de cresta iliaca. **Caso 2:** se procedió a la fijación anterolateral con expansor de titanio, vía torácica lateral derecha. En un segundo tiempo se efectuó la fijación posterior, mediante tornillos transpediculares de D4 a D12 sin incluir el segmento fijado por vía anterior. Como consecuencia se logró una buena corrección de la cifosis. Ambos pacientes cursaron postoperatorios satisfactorios y recuperaron déficit neurológico previo.

Conclusión. El empleo de abordajes combinados es factible para lograr una adecuada estabilidad en la columna toracolumbar, independientemente de la patología, y especialmente cuando el componente anterior es el más afectado. En pacientes seleccionados, la morbilidad del procedimiento puede reducirse al efectuar ambas vías en dos actos quirúrgicos.

NEUROPINAMAR 2012

29, 30 de noviembre y 1 de diciembre
Hotel del Bosque
Pinamar

ACTIVIDAD DE LOS CAPÍTULOS**FUNCIONAL Y EXTEREOTAXIA**

Curso bianual - 1er. año

17 y 18 de mayo 13 y 14 de julio
13 y 13 de octubre

Auditorio de la AANC

NEUROTRAUMA

Curso anual Capital

29 y 30 de junio
24 y 25 de agosto
2 y 3 de noviembre

Auditorio de la AANC

PATOLOGÍA VASCULAR

8 y 9 de junio

Santiago del Estero

NERVIOS PERIFÉRICOS

Jornada de Plexo Braquial
del Hospital de Clínicas

28 de septiembre

RAQUIMEDULAR

Curso anual Capital 2º año

11 y 12 de mayo
27 y 28 de julio
23 y 24 de noviembre

Auditorio de la AANC

TUMORES Y BASE DE CRÁNEO

Curso bianual 1er año

Módulo 1: 1 y 2 de junio
Módulo 2: 16 y 17 de noviembre

Auditorio de la AANC

Inscripción e infomes

secretaria@ aanc.org.ar