

Resúmenes de los trabajos presentados en Neuroraquis 2016

DEGENERATIVA

Cirugía mínimamente invasiva en patología no degenerativa ¿Moda o alternativa?

Guiroy A, Sicoli A, Gonzalez Masanés N, Morales Ciancio A.

Unidad de Patología Espinal; Hospital Español de Mendoza.

Objetivo: Analizar y describir una serie de pacientes con patología no degenerativa tratados con cirugía mínimamente invasiva (CMI).

Material y métodos: Se analizaron 23 pacientes tratados con CMI en el período 2009-2015. Se revisaron las historias clínicas, imágenes y seguimiento, evaluando VAS pre y post operatorio, pérdida sanguínea, días de internación, mortalidad, complicaciones, procedimientos quirúrgicos asociados, retiro de implantes y estado neurológico pre y post operatorio. Se incluyeron los pacientes con historia clínica, imágenes y seguimiento completos. En 18 casos se cumplieron los criterios de inclusión: 14 hombres y 4 mujeres, edad promedio 45.1 años (rango 12-84). El seguimiento postoperatorio promedio fue de 52.2 meses (5-84 meses). La patología que motivó el procedimiento fue: 12 fracturas vertebrales, 2 tumores vertebrales y 4 infecciones espinales primarias. En 6 pacientes tratados por fracturas, la instrumentación se retiró en un plazo promedio de 14.3 meses (rango 8-24 meses), y en el resto de los pacientes no se retiró. Se realizó artrodesis en 6 pacientes (5 por abordaje miniopen y 1 corpectomía mínimamente invasiva). En 5 casos de trauma la instrumentación se acompañó de una cifoplastia bipedicular.

Resultados: La VAS mejoró en 7.1 puntos promedio en relación al preoperatorio. El promedio de pérdida sanguínea fue: trauma (25 ml), tumores (20 ml), infecciones (175 ml). El déficit neurológico medido por escala de Frankel no empeoró en ningún paciente. La estadía hospitalaria postoperatoria fue de 2.9 días para los pacientes tratados por trauma (incluido vía anterior accesoria), 1 día para pacientes con tumores y de 8.2 días los casos de infecciones. Como complicaciones presentamos un sangrado retroperitoneal autolimitado y 1 caso de fatiga del material.

Conclusión: En esta serie de 18 pacientes operados con CMI por trauma, tumores e infecciones, tuvimos buenos resultados a corto y mediano plazo. Esto demuestra que la CMI es una opción válida de resolución para un grupo se-

lecto de pacientes.

Palabras clave: Mínimamente invasivo, fractura vertebral, tumor espinal, infección vertebral, instrumentación percutánea vertebral.

Compresión radicular por quiste sinovial facetario. Reporte de caso y revisión bibliográfica

Galíndez M.; Matera R.

Fundación Matera. República Argentina.

Objetivo: Presentar un caso de compresión radicular por un quiste sinovial facetario y revisión de la bibliografía.

Métodos: Paciente de sexo masculino, de 73 años de edad, con lumbociatalgia izquierda de meses de evolución. RMN columna lumbar evidencia quiste intra-raquideo parafacetario izquierdo L4-L5. EMG de miembros inferiores evidencia compromiso radicular L4 y L5 a izquierda. Se realiza hemilaminectomía L4-L5 izquierda con extirpación del quiste. Paciente evoluciona favorablemente con mejoría inmediata del dolor.

Resultados: Los quistes sinoviales en las articulaciones facetarias son infrecuentes, con una incidencia de 0,02 hasta 0,8%. Aproximadamente el 68% se ubican a nivel L4-L5 como en nuestro caso. Son más frecuentes en la 6ta década de la vida y la forma de presentación más frecuente es dolor lumbar asociado a radiculopatía. El diagnóstico se realiza por RMN. El tratamiento conservador parece no ser efectivo, siendo la exéresis quirúrgica la mejor opción terapéutica. Existe controversia con respecto a la necesidad de fusión. La mayoría de los autores la recomiendan solo en presencia de signos de inestabilidad.

Conclusión: Los quistes sinoviales facetarios son una entidad poco frecuente, sin embargo, deben considerarse como diagnóstico diferencial en los casos de lumbalgia con radiculopatía. El método diagnóstico de elección es la RMN. El tratamiento quirúrgico con o sin fusión es el método más efectivo y seguro para su tratamiento.

Palabras clave: Quiste sinovial, Facetario, parafacetario, compresión radicular.

Instrumentación espino pélvica en fusiones lumbosacras del adulto. Revisión de sus indicaciones

M. Gagliardi, A. Guiroy, E. Yasuda, P. Jalón, J. J. Mezzadri.
Sección Cirugía de Columna, División Neurocirugía, Hospital de Clínicas "José de San Martín", UBA.

Objetivo: Determinar el nivel de evidencia de la indicación de inclusión pelviana en las instrumentaciones lumbosacras del adulto.

Materiales y métodos: Búsqueda bibliográfica (PubMed, Ovid) sobre las indicaciones de tornillos ilíacos en instrumentaciones lumbosacras, seleccionando los artículos que evaluaron la tasa de pseudoartrosis y falla de implantes sacros. Se excluyeron los artículos sobre inestabilidad sacro-pelviana.

Resultados: De 50 artículos, 8 cumplieron con los criterios de inclusión, 2 comparativos (grado de evidencia III) y 6 descriptivos (grado de evidencia IV). Las indicaciones fueron:

1. Fusión larga al sacro: en 2 estudios comparativos la utilización de tornillos ilíacos se relacionó con menores tasas de pseudoartrosis; en otros 2 estudios descriptivos la tasa de pseudoartrosis fue de 4,9-7,46 %.
2. Espondilolistesis lumbosacra de alto grado: 2 estudios descriptivos demostraron tasas de fusión de 95,1 y 100 %.
3. Degeneración distal a una fusión larga a L5: en uno los autores sugirieron la extensión a pelvis en cifosis de unión, distales a instrumentaciones a L5 y en otro que luego requirió extensión a la pelvis por degeneración, fue la misma que en aquellas fusiones extendidas a la pelvis en forma primaria.
4. Revisión por pseudoartrosis en instrumentaciones lumbosacras: no se hallaron publicaciones en relación a esta indicación.

Conclusión: La inclusión de la pelvis estaría indicada en fusiones largas al sacro, espondilolistesis de alto grado, degeneración distal a una fusión larga a L5 y revisión por pseudoartrosis. En los trabajos incluidos el nivel de evidencia fue bajo (III-IV).

Palabras clave: Artrodesis sacro pélvica - fijación ilíaca - fijación pelviana - fusión lumbo-sacro-pélvica.

Lesión diferida en segmento cervical adyacente a artrodesis cervical múltiple por vía anterior

G. M. Campolongo*, F. Caif**

* Servicio de Neurocirugía, Hospital Español de Mendoza.

** Servicio de Neurocirugía, Hospital Central de Mendoza.

Objetivo: Descripción de un caso de lesión diferida en un segmento adyacente a artrodesis cervical anterior múltiple con su resolución terapéutica correspondiente.

Materiales y método: Se presenta el caso de una paciente de 47 años de edad de sexo femenino con cervicalgia persistente con irradiación a ambos hombros, persistente y progresiva, con el antecedente de haber sido operada hace siete años de discopatías cervicales múltiples por vía anterior en los niveles C4-C5, C5-C6, C6-C7 con colocaciones de cages inter-somáticas en dichos niveles y placa de bloqueo anterior, con buena evolución hasta la consulta actual.

Con estudios actualizados de imágenes se constata una lesión diferida en el segmento C3-C4 que se pudo resolver realizando un abordaje posterior con descompresión y artrodesis con tornillos transarticulares y barras laterales.

Resultados: Al cabo de 4 meses el paciente se encuentra asintomático, sin déficit neurológico.

Conclusión: Dentro de las complicaciones postoperatorias potenciales en las cirugías de columna cervical anterior debe considerarse la de la falla del segmento adyacente a la artrodesis principalmente cuando ésta abarcó múltiples niveles.

Palabras clave: Falla segmento adyacente, artrodesis cervical múltiple.

Laminoplastia cervical paso a paso: nota técnica

L Medina., O. Tropea, M. Orellana, M. Nuñez, M. Mural, N. Almerares.

Scio. de Neurocirugía Htal. de alta complejidad N. Kichner El Cruce. F. Varela Buenos Aires.

Objetivo: Nota técnica detallada de la laminoplastia variante "open door" con mini placas.

Descripción de técnica. Se desarrollan los siguientes puntos: Posición del paciente, preparación de campos quirúrgicos, incisión en piel y celular subcutáneo, disección muscular, esqueletización y conservación de estructuras ligamentarias, drilado completo de unión espinolaminar: elección de lado, drilado incompleto de unión espinolaminar en lado contralateral, fractura en tallo verde para apertura de canal, medición y moldeado de mini placas, colocación de mini placas, consideraciones sobre el cierre.

Discusión: En este punto se discuten las diferentes técnicas de laminoplastia con sus ventajas y desventajas y las indicaciones de esta cirugía en contraposición a otras cirugías de canal estrecho cervical multisegmentario: laminectomía, la-

minectomía y fijación, vía anterior.

Conclusión: Se describió paso a paso de laminoplastia cervical (open door) remarcando los puntos más importantes en los cuales utilizando de guía la descripción técnica detallada pueden evitarse los errores comunes por parte del neurocirujano en formación.

Palabras claves: Laminoplastia, canal estrecho cervical, espondilosis cervical, técnica "open door".

Espondilolistesis postlaminectomía lumbar: Revisión de casos

Montero, MV; Aguirre, EA; Toner, FJ; Carballo, LM; Fiol, JA; Melis, OA.

Servicio de Neurocirugía, Hospital Petrona V. De Cordero, San Fernando, Buenos Aires.

Objetivos: Evaluar la incidencia de espondilolistesis postquirúrgica en paciente a los que se les realizó laminectomía descompresiva sin fusión por canal estrecho lumbar degenerativo en el Hospital de San Fernando.

Materiales y Método: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo analizando las historias clínicas de 15 pacientes a los que se les realizó laminectomía descompresiva sin fusión por canal estrecho lumbar degenerativo, en el periodo 2007-2015, con seguimiento mayor a un año. Se evaluó la presencia de espondilolistesis postquirúrgica, su relación con la aparición de nuevos síntomas; y el grado de resección facetaria.

Resultados: Se encontró espondilolistesis en el 20% de los casos. Estos pacientes presentaban nueva sintomatología, y un grado mayor de resección facetaria en comparación con el resto de los pacientes.

Conclusión: La laminectomía descompresiva sin fusión es una alternativa quirúrgica efectiva para el tratamiento del canal estrecho lumbar degenerativo, en pacientes seleccionados. La espondilolistesis como complicación posterior a la descompresión, puede generar nueva sintomatología y requerir una nueva intervención quirúrgica para estabilizar la columna. El grado de resección facetaria podría predisponer a dicha complicación.

Palabras clave: Espondilolistesis, laminectomía, canal estrecho lumbar, inestabilidad.

Discectomía torácica antero lateral. Retropleural endoscópicamente asistida

Belchior¹⁻², R. Fernández³, D. Rosenthal³.

¹*Servicio de Neurocirugía - Hospital Dr. Cosme Argerich - C.A.B.A.*

²*Servicio de Neurocirugía - HMVL Dr. B Houssay - Vicente López, Argentina.*

³*Departamento de Cirugía Espinal - Hochtaunus Kliniken, Bad Homburg VdH, Alemania.*

Objetivo: Compartir la experiencia en el abordaje retropleural endoscópicamente asistido para hernias de disco torácicas, desarrollada durante la rotación en el servicio del Dr. Rosenthal.

Materiales y métodos: Bajo anestesia general e intubación selectiva, se posiciona al paciente en decúbito lateral. Marcación con tomógrafo portátil intraoperatorio, digitalización y reconstrucción para posterior neuronavegación. Incisión centrada en línea axilar media (3-5 cm) sobre cuerpo de costilla subyacente. Costotomía, disección de músculos intercostales e identificación de pleura parietal. Disección roma de pleura parietal hasta palpar borde lateral de cuerpo vertebral. Colapso del pulmón homolateral. Colocación de endoscopio a unos 25-30 cm por encima de la incisión. Osteotomía costo-vertebral y desarticulación de la cabeza de la costilla. Identificación de pedículos y foraminotomía. Herniectomy desde su base. Colocación de material de osteosíntesis y fragmento de cabeza de costilla sobre la osteotomía. Instrumentación con tornillos transpediculares y barra de titanio. Control radiológico de la instrumentación y las osteotomías. Cierre.

Resultados: La técnica descrita ha probado su efectividad no solo en el tratamiento de las hernias de disco torácicas, sino también en patología tumoral e infecciosa entre otras. Logra preservar indemne la musculatura paravertebral, mantener la pleura intacta permitiendo usarla como segunda barrera para evitar fistulas, disminuir la probabilidad de daño medular y realizar una descompresión y discectomía amplia. La cirugía tiene indicación en pacientes con signos de mielopatía o radiculopatía severa refractaria al tratamiento médico conservador.

Conclusión: Las hernias de disco torácicas son consideradas como una rara enfermedad en la que las opciones de un tratamiento adecuado y la elección del abordaje quirúrgico son aun controversiales.

La discectomía torácica anterolateral retropleural endoscópica no solo ofrece grandes ventajas sino también una menor incidencia de complicaciones con respecto a la técnica convencional.

Palabras clave: Hernia de disco torácica, cirugía espinal endoscópica, discectomía torácica, abordaje retropleural.

Presentación inusual de patología discal. Apropósito de 3 casos

Belchior S, Goldenberg N, Vasquez V, Mondragón M, Bono G, San Juan A.

Servicio de Neurocirugía - Hospital Dr. Cosme Argerich - C.A.B.A.

Objetivo: Descripción de tres casos de hernias de disco con presentación inusual.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, 3 casos de discopatía con presentación atípica. 2 casos: Hernia discal cervical con evolución pseudotumoral. 1 caso: Hernia discal lumbar asociada a un síndrome de dolor regional complejo.

- Caso 1: masculino 31 años, cuadriparesia severa progresiva, espasticidad moderada en miembros inferiores, hipostesia termoalgésica, Babinski bilateral, hiperreflexia difusa, pseudoataxia, atrofia hipotenar, signo de Lhermitte, compromiso de esfínter vesical e impotencia sexual. IRM: hernia discal C5-6 con impronta medular, incremento del diámetro medular con imagen hiperintensa en T2 intramedular.
- Caso 2: masculino 48 años, cervicobraquialgia izquierda, asociada a disestesias e hipotrofia en mano izquierda, signo de Lhermitte. IRM: hernia discal C4-5 y C5-6 con incremento del diámetro medular e imagen hiperintensa en T2 intramedular.
- Caso 3: femenino 25 años, lumbociatalgia izquierda, signo de Lasègue, dolor urente y localizado asociado a eritema, tumefacción, hiperestesia y debilidad en pie izquierdo. IRM: hernia discal L5-S1 izquierda foraminal.

Resultados: En todos los casos se indicó tratamiento quirúrgico, el paciente del caso 2 rechazó la cirugía.

En el caso 1 se realizó discectomía C5-C6, reemplazo con jaula intersomática e injerto autólogo. El caso 3 se intervino mediante discectomía L5-S1 y bloqueos del simpático lumbar. Se evidenció notable mejoría clínica.

Conclusión: Existen pocos casos descriptos de edema medular asociado a patología discal cervical. Los pacientes no referían antecedentes traumáticos recientes, en el segundo caso, hubo varios traumas craneocervicales previos. Es de relevante importancia realizar diagnóstico diferencial. Cuando coexiste la patología discal debe indicarse la discectomía como primer medida terapéutica.

El SDRC es una rara asociación concomitante a la hernia discal lumbar, y debe ser considerada en pacientes que presentan la clínica característica; la discectomía mejora con-

siderablemente los síntomas simpáticos, y deben realizarse bloqueos complementarios.

Palabras clave: Hernia de disco cervical, hernia de disco lumbar, síndrome de dolor regional complejo.

Espondilolistesis y Balance Sagital

Marcó del Pont F.; Pinto H.; Benito D.; Roura Natalia; Condomí Alcorta S.; Marino P.

Servicio de Neurocirugía, Instituto de Investigaciones Neurológicas Dr. Raúl Carrea FLENI, Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Revisar las diversas clasificaciones de espondilolistesis y el concepto de balance sagital.

Material y método: Análisis retrospectivo descriptivo de pacientes operados en el servicio desde el 2012. Se presenta una revisión bibliográfica de la relación entre los valores de las mediciones espino - pélvicas, el balance sagital, la espondilolistesis y casos de pacientes operados por el Servicio.

Conclusión: La utilización de la clasificación que valora el balance sagital permite determinar la gravedad de espondilolistesis y tomar conducta terapéutica.

Palabras clave: Espondilolistesis. Balance sagital. Incidencia pélvica. Morfología sacro-pélvica.

Abordaje posterolateral a la columna lumbosacra

Negri Pablo; Calzone, Cesar

Clínica IMEC, Junín, Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Describir los detalles técnicos del abordaje posterolateral a la columna lumbosacra, identificar las claves anatómicas y reconocer las ventajas, dificultades y eventuales complicaciones de la misma.

Material y método: La técnica dada a conocer por M. Watkins y luego modificada por L. Wiltse en los años 60 fue utilizada en nuestro servicio en 7 pacientes tanto para colocar tornillos pediculares como para realizar discectomía y colocación de cajas intersomáticas, accediendo directamente a través de los músculos paraespinales a la unión del proceso articular con la apófisis transversa de la columna lumbar media - baja y hueso sacro.

Resultados: Se logró intervenir directamente sobre la columna lumbo sacra preservando la integridad de la articulación facetaria, disminuyendo la retracción muscular y respetando el plano subperióstico, elementos que son direc-

tamente proporcionales a la morbilidad quirúrgica.

Conclusión: El abordaje transmuscular posterior a la columna lumbo-sacra constituye una opción menos agresiva que permite un perfecto control anatómico de la región sin necesidad de dañar el plano subperiostico ni provocar retracción muscular desde línea media.

Palabras claves: Abordaje posterolateral. Abordaje paraespinal. Técnica de Wiltse.

Mielopatía cervical de causa degenerativa: evolución neurológica y revisión de técnica quirúrgica en una serie de 53 casos operados

Luque L, Sainz, Andreatta C, Marchetti M, Platas M, Lambre J.

Servicio de Neurocirugía, Hospital de Alta Complejidad el Cruce, Hospital Pte. Perón.

Objetivo: Describir las distintas opciones quirúrgicas utilizadas para el tratamiento de la mielopatía cervical y analizar la evolución de 53 casos operados entre 2013 y 2015.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo analizando historias clínicas, partes quirúrgicos y estudios por imágenes en pacientes con mielopatía cervical intervenidos tanto por vía anterior como por vía posterior. En todos se utilizó la escala de Nurick antes de la intervención y luego de un seguimiento mayor a 6 meses del postoperatorio.

Resultados: Por vía posterior fueron intervenidos 45 pacientes (39 laminoplastía, 5 laminectomía con tornillos transarticulares, 1 laminectomía simple) y 8 por vía anterior (2 discectomía con fusión intersomática y 6 corpectomía con mesh y placa).

- El Nurick prequirúrgico fue: grado 5 (16 casos); grado 4 (7 casos); grado 3 (24 casos); grado 2 (6 casos).
- El Nurick post a los 6 meses fue: grado 5 (9 casos); grado 4 (2 casos); grado 3 (9 casos); grado 2 (9 casos); grado 1 (24 casos).

Conclusión: La mielopatía cervical es causa frecuente de invalidez, y la vía de abordaje a utilizar es fuente habitual de discusión. El correcto manejo de las distintas vías de abordaje quirúrgico es clave para su tratamiento. En nuestra serie el tratamiento quirúrgico nos permitió obtener mejoría del Nurick en por lo menos un grado en 83% de los enfermos. Los grados previos de afectación severa (Nurick 4 y 5) tuvieron escasa mejoría postquirúrgica.

Palabras claves: Canal estrecho cervical - laminoplastía, laminectomía - vía anterior.

Abordaje Toracolumbar por Toracotomía Mínima: Nota Técnica

Vega María Belén, Ziraldo Mariano, Melgarejo Ana Belén, Guevara Martín,

Gardella Javier, Negri Pablo

Servicio de Neurocirugía, Hospital Juan A. Fernández, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Dar a conocer la técnica quirúrgica utilizada para la descompresión y estabilización de la columna toracolumbar, a través de una toracotomía mínima (10 cm de incisión solamente).

Material y método: Se describen todos los pasos realizados en la toracotomía mínima como técnica quirúrgica utilizada en 15 pacientes, para acceder a la columna toracolumbar desde la región anterolateral retropleural. Esta técnica fue utilizada para tratar diversas patologías del raquis toracolumbar y es una modificación de la técnica descrita por Mc Cormick.

Resultados: Mediante la intervención quirúrgica realizada se logró una adecuada descompresión y estabilización anterolateral de la columna disminuyendo la agresividad de los abordajes convencionales y minimizando la utilización de drenajes pleurales.

Conclusión: La toracotomía mínima es una excelente forma de abordar la columna toracolumbar que permite disminuir el trauma operatorio, limitar las complicaciones y favorecer la temprana reincorporación socioeconómica del paciente.

Palabras claves: Patología toracolumbar. Toracotomía mínima. Abordaje Anterolateral.

Uso de dispositivos interespinosos en adultos mayores con diagnóstico de estenosis segmentaria adquirida del canal lumbar: nuestra experiencia

Sandoval P, Tardivo A, Steinsleger H.

Hospital Carlos G. Durand, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia en el uso de dispositivos interespinosos, en pacientes adultos mayores, con diagnóstico de estenosis de canal lumbar segmentaria.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, entre el año 2012 y 2015. Se revisaron historias clínicas de pacientes con diagnóstico de estenosis crónica adquirida segmentaria de canal lumbar, en los cuales se implantaron

dispositivos interespinosos. Fueron estudiados con RMN de columna lumbar y estudios electrofisiológicos. La muestra estuvo integrada por 32 pacientes. La edad promedio fue de 71 años. Los niveles alterados fueron L4-L5 68,75% y L3-L4 31,25 %. Se realizó flebectomía en el 100% de los casos. Se evaluaron los resultados obtenidos mediante índice de discapacidad de Oswestry.

Resultados: La discapacidad de acuerdo a la escala de Oswestry preoperatoria fue en promedio 81,4 % y disminuyó a un 27,5 % a los 6 meses de la cirugía. Ninguno desarrolló síndrome de segmento adyacente, ni requirió una segunda operación.

Conclusión: El uso de mecanismos de estabilización dinámica es un procedimiento que produce una mejoría significativa posterior al mismo, mejora la calidad de vida del paciente, y evita el síndrome del segmento adyacente disminuyendo la necesidad de reoperaciones posteriores.

Palabras clave: Dispositivo interespinoso, adultos mayores, estenosis segmentaria.

Síndrome de cauda equina secundario a hernia de disco lumbar

Vilariño A, Vázquez E, Erice S, Menéndez R, Breitburd K, Dillon H

Servicio Neurocirugía Hospital Alemán de Buenos Aires.

Objetivo: Reportar un caso de síndrome de cauda equina secundario a hernia de disco lumbar.

Descripción: Paciente masculino de 37 años de edad con antecedente de lumbalgia aguda de 5 días de evolución, intensidad 9/10, con irradiación hacia región posterolateral de miembros inferiores a predominio izquierdo. Presento dificultad para el inicio de la micción en las últimas 48hs. Examen físico: Hipoestesia en territorio L5 bilateral, debilidad a la dorsiflexión de pie izquierdo, dificultad en la marcha. Se realizó una RMN de columna lumbosacra que evidenció hernia de disco extruida L4-L5. Se decidió conducta quirúrgica de urgencia. Hemilaminectomía y foraminotomía L4-L5 izquierda con discectomía y radiculolisis en dicho nivel. El paciente evoluciono de forma favorable con recuperación de la dorsiflexión y trastorno esfinteriano.

Conclusión: El síndrome de cauda equina es una presentación poco frecuente de la hernia de disco lumbar y tiene una evolución favorable con tratamiento quirúrgico precoz.

Palabras claves: Hernia de disco lumbar. Síndrome de cauda equina.

Laminoforaminotomía para el tratamiento de radiculopatía cervical

Ana Melgarejo¹, Martín Guevara^{1,2}, Pablo Negri¹, Víctor Castillo^{1,2}, Ziraldo Mariano¹.

¹División Neurocirugía, Hospital Juan A. Fernández, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

²Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario CEMIC.

Objetivo: Describir la técnica de laminoforaminotomía cervical para el tratamiento de radiculopatía cervical degenerativa en dos pacientes adultos con hernias de disco blanda y dura.

Materiales y métodos: Se analiza retrospectivamente las historias clínicas de dos pacientes adultos con clínica de radiculopatía cervical, a los cuales se les practicó laminoforaminotomía cervical, y se revisa la técnica quirúrgica empleada en ambos casos.

Resultados: En los dos pacientes se realizó laminoforaminotomía cervical en un solo nivel, unilateral con adecuada descompresión de la raíz comprometida; ambos casos con hernia de disco posterolateral, un caso dura y otro blanda. Evolucionaron con recuperación total del déficit neurológico y mejoría del dolor.

Conclusión: La laminoforaminotomía cervical se indica para radiculopatía secundaria a estenosis foraminal por uncoartrosis foraminal o por hernias de disco laterales. Es un procedimiento seguro, efectivo, sin requerimiento de fusión, que evita complicaciones relacionadas con las estructuras neurovasculares y viscerales cervicales anteriores.

Palabras clave: Hernia de disco cervical, Laminoforaminotomía, Radiculopatía.

INFECCIOSA

Abordaje cervicotorácico como vía para las lesiones ubicadas en el cuerpo vertebral D1 y D2

O. Franze

Htal. Francisco J. Muñiz. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Htal. De Alta Complejidad en red El Cruce. Fcio. Varela. Buenos Aires.

Objetivo: Presentar un caso de tuberculosis con ubicación dorsal alto cuya vía anterior de abordaje utilizada fue la cervicotorácica.

Material y Método: Se describe un caso operado de un paciente de 45 años en tratamiento por tuberculosis pulmonar que comienza con dolor cervicodorsal y Paraparesia progresiva. La TC y la RMN revelan afectación de los cuerpos vertebrales D1 y D2 asociado a empiema epidural. Se realiza de urgencia evacuación de absceso vía posterior con laminectomía y evacuación de la colección epidural. Continúa con tuberculostáticos y controles imagenológico. Evoluciona con cifosis patológica, dolor, sin déficit motor. La TC y la RMN evidencian aplastamiento de los cuerpos vertebrales D1 y D2. Se realiza cirugía doble vía. Vía anterior corporectomía, reducción de la cifosis patológica, reemplazo corporal más artrodesis. Vía posterior fijación cervicodorsal con barras con tornillos transmacizos articulares para la región cervical y transpediculares para la región dorsal.

Resultados: El paciente presentó buena evolución POP con recuperación total del déficit neurológico, reducción de la cifosis patológica, deambulación temprana y reanudación de su actividad habitual.

Conclusiones: El abordaje cervicotorácico es útil en algunas lesiones dorsales altas, debemos contar con cirujanos de tórax o cirujanos cardiovasculares para este tipo de abordaje. Nos aporta una muy buena exposición para la vía anterior sin presentar mayores dificultades.

Palabras clave: cervicotorácico, cervicodorsal.

Mal de Pott. Revisión bibliográfica. Presentación de 1 caso microquirúrgico con afectación de la región dorsolumbosacro

O. Franze.

Htal. Francisco J. Muñoz. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Objetivos: Actualización del tema. Presentación de un caso con afectación multisegmentaria, microquirúrgico en la región dorsal y conservador en la región lumbosacra.

Material y métodos: Se describe el caso de un paciente de 16 años que ingresa con diagnóstico de tuberculosis pulmonar con una tumoración en la región dorsolumbar cifosis patológica dorsal, se evacua la misma. La TC y la RMN de columna total evidencian afectación multisegmentaria dorsolumbosacra con aplastamiento del cuerpo vertebral de D10. Al examen neurológico no presentó déficit neurológico, pero dolor invalidante espontáneo exacerbado ante movimientos. Se indicó inmovilización, asistencia kinésica en decúbito, corsé termoplástico toracolumbosacro. Se programa cirugía doble vía para la reparación de la región dorsal 10. Vía anterior corporectomía, reemplazo corporal, reducción de la

cifosis, artrodesis. Vía posterior, fijación con barras con tornillos transpediculares. La afectación lumbosacra no necesitó tratamiento quirúrgico, pero sí inmovilización y controles imagenológico.

Resultados: El paciente presentó buena evolución POP, deambulación temprana, resolución del dolor al principio requirió AINES. Actualmente sin analgésicos. La lesión lumbosacra está resolviendo progresivamente.

Conclusiones: Es esencial el manejo multidisciplinario en la tuberculosis espinal. El tratamiento quirúrgico debe ser precoz cuando sea necesario para evitar secuelas neurológicas, deformidades espinales significativas y dolor crónico.

Palabras clave: dorsolumbosacro, Pott.

Tratamiento de la cifosis toracolumbar secundaria a espondilodiscitis piógena: reporte de caso

F. Coppola, M. Mural, T. Cersosimo.

Servicio de Neurocirugía del Htal. Nac. Prof. A. Posadas. Provincia de Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Describir el caso clínico y su resolución quirúrgica por medio de artrodesis 360° de un paciente con cifosis toracolumbar secundaria a espondilodiscitis piógena D12.

Materiales y métodos: Paciente de 50 años con diagnóstico de espondilodiscitis a foco de un absceso pre vesical. Evolucionó con destrucción ósea D12-11 que generó deformidad toracolumbar progresiva de 53° de angulación L2 – T10. Examen neurológico normal. Se planteó la corrección y estabilización del raquis toracolumbar en dos tiempos (posterior – anterior) con debridamiento de tejido infeccioso.

Resultado: Se realizó artrodesis con fusión vía posterior 4 niveles con facetomía bilateral y corrección de cifosis. En un segundo tiempo se realizó debridamiento de tejido infectado vía toracofrenotomía con corporectomía D11-12 y artrodesis con mesh expandible e injerto de hueso autólogo.

El paciente presentó una buena evolución con disminución del dolor y correcto balance sagital.

Conclusión: La artrodesis circunferencial es efectiva y segura para la corrección de la deformidad cifótica toracolumbar secundaria a osteomielitis vertebral.

Palabras clave: Osteomielitis vertebral; Cifosis post infecciosa; Artrodesis circunferencial.

Tuberculosis Vertebral: resolución en un solo tiempo qui-

rúrgico

Dr. Sanz F., Dr. T. A. Cersócimo.

*Servicio de Neurocirugía. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Argentina.***Objetivo:** Presentar un caso con instrumentación en 360 grados.**Método:** Descripción del caso y la técnica quirúrgica empleada.**Resultado:** Se logra en un solo tiempo la descompresión medular, la excéresis de la lesión granulomatosa y la artrodesis posterior y anterior con remplazo de cuerpo vertebral por vía posterior únicamente.**Conclusión:** Se puede en un solo tiempo resolver la patología acortando el tiempo quirúrgico y bajar la tasa de infección.**Palabra clave:** Tuberculosis vertebral, abordaje combinado, remplazo de cuerpo vertebral, instrumentación 360.

Absceso medular cervical espontaneo

P. Landaburu, N. Nafissi, M. Saez.

*Sanatorio de los Arcos, Buenos Aires, Argentina.***Objetivo:** Comunicar el caso de un paciente de 60 años, portador de un absceso intramedular cervical espontaneo, con signos de compresión medular aguda, ilustrando la resección microquirúrgica efectuada.**Descripción:** Paciente de sexo masculino con antecedentes de diabetes tipo 2, debuta con cuadro de compresión medular cervical de 48hs. de evolución. Las neuroimágenes evidenciaron una lesión hipointensa t1-hiperintensa t2 y flair. Captación periférica con gadolinio.

Intervención: Abordaje quirúrgico en posición semisentada. Incisión mediana posterior. Laminectomía C5-C6-C7. Apertura dural. Se constató Medula congestiva. Blanco .Amarillenta. Se realizó apertura por el rafe medio, visualizándose la salida espontanea de material purulento (cultivo). Recuperación de turgencia y latido medular transmitido. Se rescató Stafilocco Aureus, completo tratamiento antibiótico prolongado según antibiograma. Recuperación progresiva de la severa Cuadriparesia preoperatoria, y satisfactorio control imagenológico.

Conclusión: Destacar la presentación inusual de esta patología en la edad adulta, y el manejo quirúrgico rápido para mejorar la morbimortalidad y el pronóstico neurológico.**Palabras claves:** Absceso, medular, espontaneo, cirugía pre-

COZ.

Espondilodiscitis cervical secundario a absceso paravertebral espontáneoVázquez E¹, Erice S¹, Vilariño A¹, Menéndez R¹, Breitburd K¹, Dillon H¹¹*Servicio Neurocirugía Hospital Alemán de Buenos Aires.***Objetivo:** Reportar un caso de espondilodiscitis cervical secundario a absceso retrofaringeo espontáneo en una paciente adulta.**Caso clínico:** Paciente femenina de 60 años que consulto por fiebre asociada a cervicobraquialgia bilateral de 10 días de evolución, debilidad progresiva e hipoestesia de MMSS. Examen físico: Disfagia a sólidos, diparesia a predominio derecho e hipoestesia braquial bilateral. RMN de columna cervical: Absceso retrofaringeo con extensión a mediastino superior e hiperintensidad discal C3-C4 y C4-C5 compatible con espondilodiscitis. Se observa además absceso epidural desde C2-C3 hasta C5-C6 con compresión medular. Intervención: Se realizó cervicotomía anterolateral derecha, exposición anterior del raquis constatando colección purulenta prevertebral desde C3 hasta T3. Evacuación de absceso prevertebral y epidural. Artrodesis C3-C5 con corpectomía y remplazo protesico de C4. Los cultivos de material purulento fueron positivos para Staphylococcus Aureus, continuando tratamiento ATB. La paciente evoluciono favorablemente con recuperación del déficit neurológico y resolución del proceso infeccioso.**Conclusiones:** La espondilodiscitis por contigüidad de un absceso retrofaringeo espontaneo en adulto es extremadamente infrecuente. El tratamiento consiste en la administración de antibióticos endovenosos y eventual cirugía con o sin artrodesis. El pronóstico a largo plazo depende del compromiso sistémico, grado y tiempo de instalación del déficit neurológico.**Palabras claves:** Espondilodiscitis. Absceso retrofaringeo. Artrodesis cervical.**MISCELANIA****Estimulación espinal en dolor crónico refractario**

Chang L, Pallavicini M, Almerares NL.

*Servicio de Neurocirugía – Hospital de Alta Complejidad el Cruce.***Objetivo:** Presentar nuestra experiencia con estimulado-

res espinales para el tratamiento del dolor crónico refractario, correlacionar los resultados con los de la bibliografía disponible.

Material y método: Analizar estadísticamente 5 casos operados entre diciembre de 2011 y febrero de 2016. A los mismos se les colocó un estimulador espinal mediante la técnica de Laminectomía. Control de resultados a mediano y largo plazo. Revisión bibliográfica.

Resultados: La etiología del dolor fue en 3 casos posterior a cirugías de columna fallidas, en la mayoría de los casos múltiples intervenciones, en 1 caso como complicación de cirugía bariátrica, y en 1 caso posterior a una herida de arma de fuego a nivel L1-L2 intracanal extradural. En todos los pacientes la disminución del dolor fue alrededor de un 60-70%, con disminución significativa de la medicación a largo plazo. Como complicaciones 1 de los pacientes presentó una infección de la herida abdominal, que requirió el retiro del sistema y su recolocación a los 3 meses. Otro paciente refirió parestesias a nivel abdominal y resurgimiento de los síntomas luego de 5 años de control de dolor por lo que requirió retirar el dispositivo. No se generaron fistulas de líquido raquídeo.

Conclusión: Se evidenció buena respuesta al dolor en concordancia con la bibliografía. Las complicaciones a corto plazo fueron escasas: solo 1 paciente presentó infección de herida. No se evidenciaron fistulas de LCR. Un paciente requirió a largo plazo (5 años) recolocación de estimulador por migración de parestesia y reaparición de síntomas. Los resultados obtenidos en nuestros pacientes fueron globalmente mejores a los descriptos en la mayoría de los artículos internacionales, pero creemos que esto se debe a nuestra escasa casuística.

Palabras Clave: Estimulador Espinal, Dolor refractario, Columna fallida, Neurocirugía Funcional.

Síndrome de médula anclada asociado a lipomeningocele en el adulto. Descripción de un caso y revisión de la literatura

A. A Morell; M. L. Canullo; J. A Toledo; J. M Gil Fauceglia; B. Galimberti; J. Frutos; J. Nallino.

Departamento de Neurocirugía, Hospital Clemente Álvarez, Rosario, Santa Fe, Argentina

Objetivo: Presentar un caso de síndrome de médula anclada con lipomeningocele en paciente adulta. Revisión de la literatura.

Caso Clínico: Se presenta el caso de una paciente de 28 años

de edad, con antecedente de exéresis de lipoma lumbosacro subcutáneo en la infancia, que consulta por cuadro de lumbalgia, incontinencia urinaria y espasticidad de miembros inferiores a predominio izquierdo. Al examen físico se observa la presencia de masa palpable a nivel lumbosacro. Se realizó RMI, evidenciando el cordón medular descendido, estando el cono en proyección de L2-L3, observándose luego un proceso ocupante de espacio intrarraquídeo, fusiforme, que expandió comprimiendo al saco dural y al filum terminale, asociado a una disrafia del arco posterior de L5.

Conducta: Se decide una conducta quirúrgica, realizándose una exéresis subtotal de la lesión y desanclaje medular a través de un abordaje posterior por laminotomía. Como hallazgos intraoperatorios se destacan un filum terminale engrosado, con el lipoma raquídeo comunicado a través del defecto del arco posterior de L5, con una importante extensión subcutánea. La paciente tuvo una mejoría sintomática postoperatoria, disminuyendo significativamente el dolor lumbar.

Conclusión: Aunque la decisión quirúrgica en el adulto puede dificultarse debido al solapamiento y la heterogeneidad del cuadro clínico, la cirugía resulta un recurso indispensable en los pacientes con síntomas persistentes y progresivos.

Palabras Clave: Síndrome de médula anclada, Lipomeningocele, Adulto.

Tratamiento quirúrgico de hernia medular transdural: ¿vía posterior clásica o posterolateral?

Mannará, Francisco; Negri, Pablo; Gardella Javier.

Servicio de Neurocirugía. Hospital Juan A. Fernández, GCBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Describir la resolución quirúrgica de un caso de hernia medular, y revisión bibliográfica.

Descripción: Paciente femenina de 33 años quien presentó trastornos sensitivos progresivos acompañados de trastornos en la marcha. Al examen neurológico se evidenció disociación termoalgésica T8-10 izquierda con paraparesia moderada y liberación piramidal. Se estudió con resonancia magnética de columna evidenciando hernia medular transdural T7-8. Se decidió realizar un abordaje posterolateral extracavitario para acceder de forma lateral a la médula espinal para minimizar la retracción medular y poder acceder de forma intradural al defecto dural preservando el tejido medular. En la revisión bibliográfica realizada se ha encontrado que este tipo de lesiones se aborda por vía posterior intradural con sección de ligamento dentado y retracción medular lo cual

constituye una desventaja.

Conclusión: Con el abordaje realizado se logró resolver efectivamente la hernia medular con mejoría clínica del paciente.

Palabras Clave: Hernia medular transdural, abordaje posterolateral extracavitario, abordaje posterior, síndrome de Brown Sequard, médula espinal.

Malformación Arterio - Venosa Espinal Tipo I. Reporte de Caso

Estramiana, A; Cersosimo, T.

Hospital Nacional Profesor A. Posadas.

Objetivo: Reportar un caso de fistula dural dorsal con paraparesia severa de dos años de evolución tratado quirúrgicamente.

Materiales y Métodos: Paciente de 64 años de edad con antecedentes de paraparesia severa de dos años de evolución, nivel sensitivo D10 e incontinencia vesical.

RMN de columna dorsal evidencia lesión hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 y Stir a nivel medular desde D8 a L1, se observa imagen vascular tortuosa en cara dorsal medular.

Angiografía por sustracción evidencio fístula arterio venosa dorsal a nivel la arteria intercostal derecha de D10. A su vez se presenta pequeños ramos vasculares a este nivel que nutren la malformación.

Se realiza laminectomía D9, D10 y parcial D11. Apertura dural en línea media se observa trayecto tortuoso de vasos dorsales. Se identificó el pedículo intradural de D10 y se realizó la coagulación del mismo observándose falta de relleno de los vasos dorsales tortuosos.

Resultados: Se realizó angiografía de control a los seis meses y al año donde se observa cierre de fístula. Clínicamente el paciente tuvo una mejoría de su foco motor. Actualmente se encuentra con una paraparesia leve en rehabilitación.

Conclusiones: La fístula dural es un tipo de malformación vascular espinal poco frecuente. El abordaje quirúrgico de las mismas es la primera elección, siendo que este posibilita al paciente tener una buena recuperación aun teniendo mucho tiempo de evolución de foco motor.

Palabras Clave: Fístula espinal, malformación arteria venosa espinal, fístula dural, paraparesia de origen vascular.

Hematoma epidural espontáneo de cola de caballo. Re-

porte de caso y revisión bibliográfica

Pabo S. Chipolini – Víctor Vasquez - Raúl Santivañez - Camilo Giambiagi.

Sanatorio Dupuytren y Trinidad de Quilmes.

Objetivo: Presentar un caso de una paciente con inicio súbito de síndrome de cola de caballo por un hematoma epidural espontáneo y su resolución quirúrgica.

Descripción: Paciente femenina de 82 años con antecedente de Anticoagulación por arritmia cardíaca, obesidad mórbida e HTA; presenta paraplejía flácida de inicio súbito de 72hs de evolución, asociado a anestesia en silla de montar e incontinencia de esfínteres. RMI: imagen heterogénea intrarraquídea que se extiende de T12 a L5, hipointensa en T1 e hipo/isointensa en T2 que ejerce compresión posterior del saco tecal y la cauda equina.

Intervención: Se realiza laminectomía de T12 a L5 se identifica y evacua colección hemática epidural, luego se procede a realizar artrodesis transpedicular en 5 niveles. La paciente evoluciona sin complicaciones postquirúrgicas. Con recuperación parcial en sensibilidad profunda y propioceptiva, sin cambios motores ni esfinterianos.

Conclusión: La celeridad en sospechar y realizar el diagnóstico diferencial; la pronta compensación hematológica y resolución quirúrgica podrán ofrecer una resolución satisfactoria del cuadro.

Palabras clave: Hematoma epidural espontáneo, Síndrome de Cola de Caballo, Anticoagulación.

TRAUMÁTICA

Cifosis infranivel en el tratamiento de fractura luxación t10-t11 en paciente pediátrico

Fabián Castro Barros; Luis Márquez; Gabriel Jungberg.

Servicio de Neurocirugía Clínica de los Virreyes. Buenos Aires.

Objetivo: Presentar la resolución quirúrgica inicial de un paciente pediátrico con fractura luxación T10-T11 traumática y la resolución de su complicación con cifosis infranivel post-artrodesis (DJK- Distal Junctional Kyphosis).

Descripción e Intervención: Paciente femenino de 10 años presenta trauma raquímedular con paraplejía aguda, clasificación AO tipo C, Frankel B, ASIA B, Daniels 0 secundaria a fractura luxación T10-T11. Se realiza intervención de urgencia con estabilización y reducción vía posterior con artrodesis transpedicular T8-T12 y recalibración T10-T11. Paciente evoluciona con mejoría neurológica progresiva con rehabilitación al mes de cirugía. Se realizan controles radio-

gráficos objetivándose cifosis infranivel (DJK) con apex en T12 de 48°. Se interviene con cirugía de revisión, reducción de cifosis y prolongación de artrodesis transpedicular hasta L3. Paciente evoluciona favorablemente y continúa mejoría de su paraparesia en centro rehabilitación.

Conclusión: La cifosis infranivel posterior a la estabilización de fracturas vertebrales con lesión medular en cercanía a la charnela toracolumbar es una complicación posible en el paciente pediátrico la cual puede ser favorecida por la laxitud disco-ligamentaria y la debilidad de músculos paraespinales. Es fundamental el control periódico con espinograma para detectar esta complicación y realizar el tratamiento oportuno en pos de continuar la rehabilitación intensiva de estos pacientes.

Palabras clave: Fracturas dorsales- DJK- cifosis infranivel- trauma raquimedular- artrodesis toracolumbar.

Subluxación C1-C2 traumática: reporte de un caso y revisión de la literatura

Pallavicini D.; Sainz A.; Luque L.; Sotelo M.; Asem M.; Andreatta C.

HIGA Presidente Perón de Avellaneda, servicio de Neurocirugía.

Objetivo: Comunicar un caso de subluxación atlanto-axoidea traumática en un adulto y su resolución mediante el alambrado C1-C2 utilizando la técnica de Gallie, realizando una revisión de la literatura sobre el tema.

Descripción: Paciente de 30 años de edad que sufre accidente de tránsito, es llevado a emergencias por presentar múltiples traumatismos. Desde el ingreso movilizaba los cuatro miembros, sin déficit motor. Se observa una tortícolis severa con la cabeza rotada hacia la derecha, con limitación dolorosa al movimiento e imposibilidad de girar la cabeza al lado izquierdo. Se le realiza TAC de columna cervical donde se observa la subluxación de C1-C2.

Intervención: Se decide realizar la reducción a cielo abierto por vía posterior y fijación con un alambrado C1-C2 con colocación de injerto óseo autólogo. El paciente evoluciona favorablemente, recuperando la movilidad cervical.

Conclusión: En el caso reportado se realizó una reducción y alambrado utilizando la técnica de Gallie, ampliamente utilizada en pacientes con artritis reumatoidea que presentan esta entidad.

El diagnóstico de la subluxación atlanto-axoidea postraumática debe ser sospechado ante la presencia de tortícolis y dolor cervical, ya que un tratamiento temprano permite dismi-

nuir la tasa de recurrencia y el fracaso de la reducción.

Consideramos que este método es una alternativa válida para corregir la subluxación de causa traumática, dado su sencillez técnica y materiales necesarios.

Palabras clave: subluxación atlanto-axoidea - alambrado c1-c2 - técnica de Gallie.

Fractura de odontoides tipo 2 con desplazamiento retrocorporal del fragmento. Resolución parcial de caso problema

Dr. Mayer, J. A. División neurocirugía.

Hospital Ramón Carrillo, Ciudadela, Buenos Aires.

Objetivo: Discutir la resolución de un caso por vía alternativa al tratamiento inicial, debido a limitantes del paciente.

Material y métodos: Paciente de 74 años que concurre con cuadriparesia severa de 4 años de evolución con atrofia muscular incipiente en cuatro miembros. Antecedentes de trauma a repetición. Se realizaron estudios imagenológicos complementarios como Resonancia Magnética Nuclear y Tomografía Axial computada cervical donde se observó una compresión medular, producto de una fractura traumática de odontoides. Es sometido a fijación occipito cervical.

Resultados: Paciente con cuadriparesia severa, atrofia muscular incipiente, desnutrición crónica, limitación en la apertura bucal como así también Muguet lingual. Sometido a fijación occipitocervical y descompresión.

Conclusión: En fracturas de odontoides desplazadas, la intención quirúrgica sería descompresión vía transoral y luego la artrodesis posterior. Sin embargo hay veces en que los limitantes anatómicos, infecciosos inflamatorios, como así también el estado nutricional y edad nos obligan a buscar alternativas al tratamiento quirúrgico inicial.

Palabras clave: Fractura odontoides- retrocorporal-fijación occipitocervical.

Inestabilidad traumática C1-C2, técnica de artrodesis vía posterior

Orellana M., Rellan N., Rojas M., Brignone C., Lambre J., Fernández R.

Hospital Churruca - Hospital el Cruce.

Objetivo: Descripción de la técnica de artrodesis vía posterior tipo Harms en la patología traumática del complejo

C1-C2.

Introducción: La inestabilidad C1-C2 secundaria a patología traumática se encuentra asociada a diferentes lesiones osteoligamentarias que componen dicho segmento, a lo largo del tiempo fueron descritas diferentes técnicas de artrodesis, con diversos resultados en cuanto a fusión, estabilidad y complicaciones asociadas.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los casos operados por inestabilidad C1-C2 traumática (4 casos) en el período comprendido entre 2015-2016, además de la revisión bibliográfica de las técnicas de artrodesis disponibles.

Resultados: Todos los pacientes presentaron buena evolución, sin complicaciones, adecuada tasa de fusión, 1 paciente presentó cervicalgia refractaria con respuesta adecuada a los analgésicos.

Conclusión: El estudio minucioso anatómico previo a través de métodos por imágenes es imprescindible y consideramos que la técnica de artrodesis vía posterior (transarticular C1-transpedicular C2 tipo Harms) brinda una adecuada estabilidad y elevada tasa de fusión, constituyendo una técnica quirúrgica útil y eficaz.

Palabras Clave: Artrodesis c1-c2, fractura de odontoides, fractura c1, luxación atlanto odontoidea.

Traumatismo raquimedular cervical con déficit incompleto: Cirugía precoz con cage expansible: reporte de caso

F. Coppola; JM. Otero

Servicio de Neurocirugía de la Clínica Modelo de Morón, Prov. de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El traumatismo cervical representa el 55% de todos los traumatismos espinales y en un 55% de los casos se asocia a déficit neurológico incompleto.

Objetivo: Describir el caso de un paciente con traumatismo raquimedular cervical ASIA B y su resolución quirúrgica en forma precoz.

Materiales y Métodos: Paciente de 50 años accidente durante actividad deportiva que ingresa con un traumatismo raquimedular cervical ASIA B (sensibilidad conservada, sin función motora), con nivel C4. TAC de columna cervical evidencia Fractura de C4 con retropulsión de fragmentos al canal. RMN con evidente compromiso medular. Se descartó shock espinal.

Resultados: Se realiza intervención quirúrgica precoz (24 hs. del traumatismo), con corpectomía C4 y reemplazo de cuerpo con Cage expansible con placa incorporada + injerto.

Recuperación de 1 grado (ASIA C). En un segundo tiempo se realiza descompresión y estabilización posterior C3 -5. El paciente se encuentra en seguimiento en tratamiento de rehabilitación.

Conclusión: En pacientes con déficit neurológico agudo, la cirugía precoz y la utilización del mesh expandible resultó efectiva y segura.

Palabras claves: Lesión medular cervical traumática incompleta; Cage expansible; Cirugía descompresiva precoz.

Aracnoiditis Adhesiva Dorsal. Un Caso

Tovar, A.; Belziti, H.; Buratti, S.; Carlomagno, G.; Pérez Zabala, J.; Fontana, H.

Servicio de Neurocirugía Hospital Central de San Isidro.

Palabras clave: Aracnoiditis adhesiva-quiste intradural-compresión medular.

Objetivo: Presentar un caso de aracnoiditis adhesiva en región dorsal.

Descripción: Paciente masculino de 37 años con antecedentes traumatismo dorsal por caída de propia altura y dos episodios de meningitis virales, comienza con dorsalgia y lumbalgia de 1 año de evolución. Al examen presentó paraparesia a predominio derecha, hipotonía de miembros inferiores a predominio derecho, hiperreflexia de MMII sin Babinski, alteración de la sensibilidad en ambos MMII e incontinencia esfinteriana.

RMN en la que se observa a nivel D4 una impronta posterior focal sobre la médula por una imagen de intensidad de señal similar al LCR. Distal a ese hallazgo se observa una lesión medular hiperintensa en T2 y STIR, expansiva, ubicada en dos niveles (D5-D7), la cual no realza con contraste.

Intervención: Se realizó abordaje quirúrgico de la región dorsal identificando presencia de aracnoides engrosada y adherida a la duramadre, así como al cordón medular. Se realiza liberación de las mismas. El paciente mejora en su sintomatología, tanto del dolor como del trastorno motor y sensitivo.

Conclusiones: Se describió un caso de aracnoiditis adhesiva espinal que requirió resolución quirúrgica, la cual, en conjunto con el resultado arrojado por la anatomía patológica nos permitió establecer el diagnóstico diferencial con quiste aracnoideo congénito.

Palabras clave: Aracnoiditis, Trauma dorsal.

Compromiso medular cervical post traumático resuelto por vía anterior

Chiarullo, M.; Luque, L.; Seclen Voscoboinik D.; Díaz, J.; Gallardo, F.; Lambre, J.

Hospital Alta Complejidad en Red El Cruce, Florencio Varela, Buenos Aires.

Objetivo: Describir el manejo terapéutico de una serie de casos de compresión medular cervical anterior post traumática.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo analizando una serie de 4 casos intervenidos quirúrgicamente por vía cervical anterior por compresión medular postraumática.

Resultados: Los 4 casos intervenidos fueron de sexo masculino, con una edad promedio de 41,25 años (rango entre 30 y 54 años). Dos pacientes presentaron al ingreso déficit neurológico completo, un paciente se presentó con síndrome centro medular. El cuarto caso no presentó déficit neurológico. Todos los casos demostraron compresión medular anterior en estudios de imágenes y fueron resueltos con descompresión más artrodesis instrumentada por vía anterior. Los casos con déficit completos no mostraron cambios postoperatorios. El caso numero 3 evidenció mejoría a largo plazo.

Conclusión: en nuestra experiencia, todos los casos fueron resueltos por vía anterior, corporectomía, doble discectomía y artrodesis instrumentada.

Palabras claves: compresión medular. Síndrome centro medular. Artrodesis Instrumentada. Vía cervical anterior.

Subluxación C5-C6 Asociada a Disección Vertebral Traumática. Reporte De Caso

Martin C., Chang L., Medina L., Díaz Juan F., Luque L., Orellana C.M.

Hospital Alta Complejidad en Red El Cruce, Florencio Varela, Buenos Aires.

Objetivo: Presentar un caso de subluxación C5-C6 con disección traumática de arteria vertebral izquierda y su resolución quirúrgica. Complementar con revisión bibliográfica.

Descripción: Paciente de sexo masculino de 64 años de edad que en contexto de politrauma-tismo secundario a accidente automovilístico, presentó síndrome centromedular. En los estudios complementarios se evidenció subluxación C5-C6 e infarto suboccipital de cerebelo izquierdo de origen tromboembólico secundario a disección vertebral izquierda en su porción V4.

Intervención: Se realizó laminectomía descompresiva, artrectomía, reducción y artrodesis instrumentada por vía posterior cervical (C3-C7). En mismo acto, bajo técnica microquirúrgica, se efectuó la ligadura de la arteria vertebral izquierda en su segmento V3.

Conclusión: Si bien la bibliografía recomienda el tratamiento endovascular y anticoagulación como tratamiento de elección en la disección vertebral, en nuestro caso se decidió ligar la misma, ya que el abordaje realizado para la reducción y fijación de la fractura cervical nos permitió acceder a dicha arteria y solucionar ambas patologías en mismo acto quirúrgico de manera satisfactoria.

Palabras clave: Subluxación, disección vertebral, síndrome centromedular, infarto suboccipital, laminectomía, artrectomía, tratamiento endovascular.

Cifosis Infranivel en el Tratamiento de Fractura Luxación T10-T11 en paciente pediátrico

F. Castro Barros; L. Márquez; G. Jungberg.

Servicio de Neurocirugía Clínica de los Virreyes. Buenos Aires.

Objetivo: Presentar la resolución quirúrgica inicial de un paciente pediátrico con fractura luxación T10-T11 traumática y la resolución de su complicación con cifosis infranivel post-artrodesis (DJK- Distal Junctional Kyphosis).

Descripción e Intervención: Paciente femenino de 10 años presenta trauma raquimedular con paraplejia aguda, clasificación AO tipo C, Frankel B, ASIA B, Daniels 0 secundaria a fractura luxación T10-T11. Se realiza intervención de urgencia con estabilización y reducción vía posterior con artrodesis transpedicular T8-T12 y recalibración T10-T11. Paciente evoluciona con mejoría neurológica progresiva con rehabilitación al mes de cirugía. Se realizan controles radiográficos objetivándose cifosis infranivel (DJK) con apex en T12 de 48°. Se interviene con cirugía de revisión, reducción de cifosis y prolongación de artrodesis transpedicular hasta L3. Paciente evoluciona favorablemente y continúa mejoría de su paraparesia en centro rehabilitación.

Conclusión: La cifosis infranivel posterior a la estabilización de fracturas vertebrales con lesión medular en cercanía a la charnela toracolumbar es una complicación posible en el paciente pediátrico la cual puede ser favorecida por la laxitud disco-ligamentaria y la debilidad de músculos paraespinales. Es fundamental el control periódico con espinograma para detectar esta complicación y realizar el tratamiento oportuno en pos de continuar la rehabilitación intensiva de estos pacientes.

Palabras clave: Fracturas dorsales, DJK- cifosis infranivel, trauma raquimedular, artrodesis toracolumbar.

Fractura Cervical con Espondiloptosis en paciente lactante

Bustamante JL, Rodriguez F, Argañaraz R, Sosa F, Lambre J
Servicio de Neurocirugía Hospital El Cruce SAMIC

Objetivo: Presentar el caso de una paciente pediátrica lactante con fractura cervical y su resolución inicial.

Material y Métodos: Paciente femenina recién nacida a término, macrosómica, con parto distócico, que sufre en el mismo fractura de húmero derecho, parálisis de plexo braquial izquierdo y anoxia cerebral. Luego de un periodo en asistencia ventilatoria mecánica, logra externarse y reingresa a los 3 meses de edad con dificultad respiratoria y convulsión, donde se efectúa intubación orotraqueal. Se realiza RNM para confirmación de anoxia cerebral y en la misma se observa una fractura luxación cervical con espondiloptosis a nivel C3-C4 con gran compresión medular.

Resultados: Se intenta reducción de la fractura con tracción mediante radioscopia, constataándose la rigidez de la lesión. Se decide realizar laminectomía descompresiva de los niveles C2, C3 y C4 con la complejidad de tratarse de una paciente que no ha finalizado su proceso de osificación vertebral.

Conclusiones: Se expone la dificultad técnica de una laminectomía descompresiva en una paciente de 3 meses de edad, quedando a discusión el tratamiento definitivo de la lesión vertebral. Queda reportado este caso infrecuente.

Palabras Clave: Fractura cervical, parto distócico, laminectomía descompresiva.

Manejo quirúrgico de fracturas vertebrales dorso lumbares: nuestra experiencia en el Hospital de Alta Complejidad de Formosa

Mannará Francisco A.¹⁻², Negri Pablo², Gonza Hernán¹, Alonso Leonor Soledad¹, Gardella Javier¹⁻².

¹Hospital de Alta Complejidad Juan D. Perón, Formosa.

²Hospital Juan A. Fernández, GCBA.

Objetivo: Describir las distintas modalidades en el tratamiento quirúrgico de las fracturas vertebrales dorso lumbares y sus resultados.

Material y Métodos: Durante el período 2008-2015 se tra-

taron en el Hospital de Alta Complejidad, en la Ciudad de Formosa 30 fracturas vertebrales en el sector comprendido entre los segmentos T8 a L2. Todos ellos fueron estudiados con neuroimágenes, y clasificados según la clasificación de AOSpine y Vaccaro. De acuerdo al tipo de fractura se decidió la estrategia quirúrgica. Todos los pacientes fueron estudiados en el postoperatorio con imágenes de control, y seguidos clínicamente por un observador externo al equipo quirúrgico.

Resultados: De acuerdo con el tipo de fractura y la clínica neurológica 5 pacientes requirieron fijación posterior, 13 pacientes abordaje anterolateral y posterior, 12 pacientes cifoplastia. Se comparan escala de Frenkel pre y postquirúrgica.

Conclusiones: A pesar de la correcta resolución quirúrgica los pacientes con Escala Frenkel de mal grado no presentaron mejoría. Sólo tres pacientes con mal estado pasaron a estado neurológico más favorable

Palabras Clave: Fractura vertebral, artrodesis, toracotomía extrapleurar, abordaje anterolateral, abordaje posterior.

Fractura cervical C2 - C3: Presentación del caso y su resolución

Arévalo RP, Herrera JM, Seclen DA, Mural M, Vallejos WE, Lambre J.

Servicio de Neurocirugía, Hospital Alta Complejidad en Red El Cruce S.A.M.I.C. Bs. As., Argentina.

Introducción: Las fracturas cervicales altas en raras ocasiones se presentan con déficit neurológicos, a causa del mayor diámetro del canal medular. Sin embargo, representan un verdadero desafío desde el punto de vista de la estabilidad cráneo cervical, y más aún, se imponen como uno de los aspectos que más se presta a discusión a la hora de hablar sobre su tratamiento.

Objetivo: Presentar un caso de un paciente joven portador de una fractura cervical C2. Mencionar los aspectos fundamentales de su resolución.

Material y método: Se realiza un reporte de caso. Se recabaron datos en la historia clínica informatizada, fotografías de estudios complementarios pre y postquirúrgicos y fotografías intraoperatorias.

Resultados: Paciente masculino de 36 años de edad, quien se presentó a la consulta con una fractura C2 tipo III secundaria a accidente en vía pública. Al examen neurológico se presentó sin déficit sensitivomotor, con cervicalgia e incapacidad para mantener la cabeza erguida. Se sometió a tratamiento quirúrgico por vía anterior mediante discectomía C2-C3 y fijación C2-C3 mediante placa y tornillos. De esta

manera se consiguió la reducción de la fractura y la liberación del canal medular. El control de RMN postoperatorio objetiva la correcta resolución del caso.

Conclusión: Se presentó un caso de fractura cervical alta en un paciente joven, sin déficit neurológico al ingreso. La resolución por vía anterior demostró ser adecuada, pues proveyó una buena exposición de la región y permitió una correcta reducción y fijación, sin alteración en la rotación cervical, lo cual no se habría evitado en caso de tratarse por vía posterior.

Palabras Clave: Columna cervical alta, fractura C2, vía cervical anterior.

Migración espontánea de proyectil de arma de fuego, causa infrecuente de Radiculopatía: a propósito de un caso

Sandoval P, Pasante V, Ricco A, Steinsleger H.

Sanatorio San Cayetano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Objetivo: describir un caso clínico de una lesión por arma de fuego en región lumbar, que presentó una radiculopatía aguda como manifestación alejada.

Caso clínico: Paciente de 23 años de edad del sexo masculino quien sufrió herida por proyectil de arma de fuego, en contexto de violencia social. Ingresó a sala de emergencia horas después del incidente con orificio de entrada lumbar derecha, sin alteraciones neurológicas. Se realizaron exámenes complementarios evidenciando proyectil en localización del espacio intersomático L4 L5. Permanece en control evolutivo por 4 días, luego de lo cual fue externado asintomático. Consulta un mes después por presentar lumbociatalgia aguda izquierda. En el examen físico presenta signos de compresión radicular L5 izquierda. Se realiza radiografía de columna lumbar donde se observa desplazamiento de proyectil hacia foramen ipsilateral, por lo que se decide conducta quirúrgica a fin de extraer el mismo: Se realiza hemilaminectomía L5 izquierda y se extrae el proyectil en situación subligamentaria, con adecuada respuesta, sin déficit neurológico residual.

Conclusión: Si bien algunos trabajos han reportado que existe riesgo de migración de un proyectil, como complicación alejada, su frecuencia es bastante baja. Sin embargo, dada esta posibilidad, en caso de no extraerse el mismo en el momento del incidente, se debe controlar clínica y radiológicamente para proceder a su remoción en caso de desplazamiento y compresión de estructuras nobles.

Palabras clave: Arma de fuego, radiculopatía.

Evolución de fractura dorsal inestable sin estabilización espinal inicial: dificultades del tratamiento quirúrgico diferido

Ericé S¹, Vázquez E¹, Vilariño A¹, Menéndez R¹, Breitburd K¹, Dillon H¹

¹Servicio Neurocirugía Hospital Alemán de Buenos Aires.

Objetivo: Presentar la resolución quirúrgica tardía de un caso de fractura T11, tipo C.

Descripción: Paciente masculino de 28 años de edad. Antecedentes de politraumatismo y fractura dorsal D11 tipo C (AOSpine) de tres meses de evolución. Examen físico: paraplejía, anestesia debajo del nivel lesional, ausencia de función esfinteriana. Se realizó RMN y TC de columna dorsal evidenciando fractura de cuerpo vertebral D11 con compromiso del arco posterior y desplazamiento de fragmentos óseos al canal espinal. Estenosis severa y lesión medular.

Intervención: Artrodesis pedicular 3 niveles por arriba y debajo de la lesión con posterior laminectomía y osteotomía transpedicular de T11. Colocación de barras con alineación parcial del raquis. Se realiza duroplastia. Se programa 2do tiempo quirúrgico por vía posterior con sustracción pedicular para lograr mayor corrección en el plano sagital.

Conclusión: Las fracturas tipo C se caracterizan por presentar un desplazamiento cráneo caudal con respecto al segmento inferior de la fractura en cualquier plano. Son lesiones altamente inestables por la separación completa de elementos ligamentarios y óseos. Suelen producirse por traumas de alta energía, pudiendo asociarse a riesgo de vida por complicaciones vasculares. El tratamiento es quirúrgico y precoz, mediante abordaje posterior, anterior o combinados. La primera opción es la más frecuente por mejor resultado postquirúrgico, menor tiempo de cirugía, menos sangrado y tiempo de recuperación. Diferir el tratamiento quirúrgico conduce a mayor pérdida de alineación y dificultades para lograr una adecuada reducción anatómica debiendo recurrir a procedimientos más complejos y cruentos en varios tiempos quirúrgicos.

Palabras claves: Fractura vertebral, Fractura dorsal inestable, Artrodesis transpedicular.

Atornillado Odontoideo

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

Hospital Provincial del Centenario. Rosario, Santa Fe.

Objetivo: Mostrar la técnica quirúrgica utilizada para tratar una fractura de AO Tipo II en la cual se decidió realizar una fijación directa mediante un atornillado odontoideo.

Caso clínico: Mujer de 60 años derivada de otra ciudad con politraumatismos por accidente automovilístico y diagnóstico de fractura de AO de 4 días de evolución. Ingresó vigil, orientada y con indemnidad neurológica. Refería cervicalgia y cefalea como síntomas de relevancia y utilizaba collar cervical tipo Filadelfia. La TAC evidenciaba una fractura de AO tipo II N (oblicua anterior). En el POP la paciente evolucionó favorablemente.

Intervención: Paciente en decúbito dorsal con el cuello en hiperextensión. Utilizamos un ra-dioscopio y asistencia de neuronavegación. Con un abordaje anterior derecho y una amplia disección subplatismal exponemos la cara anterior de la columna de C6 a C2. Luego de identificar radiológicamente el interespacio C2-C3 resecamos una pequeña porción anterior y media del disco. Con drill de alta velocidad labramos un canal sobre la cara anterior de C3 para ingresar al cpo de C2 por su cara anteroinferior. En este punto colocamos el protector de tejido y la guía de perforación con el alambre de Kirschner acoplado a perforador eléctrico. Ahora es de suma importancia con control radioscópico definir la línea media en C2 y la trayectoria que le vamos a dar al alambre. Perforamos hasta alcanzar la punta de la odontoides con control del avance en el plano lateral. Luego retiramos la guía e introducimos, por el alambre, el perforador manual canulado pasando por la línea de fractura. Finalmente se coloca el tornillo canulado.

Conclusión: El atornillado odontoideo es una técnica segura que actúa directamente sobre el foco de la fractura y permite la inmovilización completa del segmento con una alta tasa de fusión (>90 %). No se altera la funcionalidad del complejo C0-C1-C2. El abordaje anterior a la columna cervical es una técnica habitual en neurocirugía por lo que no requiere adquirir nuevas habilidades. Es una técnica menos demandante y costosa que los métodos indirectos de fijación posterior. Es bien tolerada en pacientes mayores. Permite una movilización precoz del paciente y no requiere el uso de ortesis externa.

Palabras clave: Atornillado odontoideo, fractura, odontoides, abordaje anterior.

TUMORAL

Decisión Terapéutica en Tumores Óseos Secundarios de Columna

Dr. G. Baikauskas

Hospital El Cruce Dr. Néstor Kirchner, Alta complejidad en Red, Florencio Varela, Buenos Aires.

Objetivo: Demostrar que la utilización combinada de las escalas de Tomita, Karnofsky, Tokuhashi y SINS puede resultar de utilidad al momento de definir la estrategia quirúrgica.

Método: Revisión bibliográfica de literatura neuroquirúrgica/oncológica sobre criterios y objetivos terapéuticos de los tratamientos sobre las metástasis de raquis de los cánceres más frecuentes, su fisiopatología y signos intomatología, como así también de los métodos diagnósticos utilizados y las escalas de valuación que ayuden a la definición de la mejor terapéutica.

Resultado: Surge de esta conjugación de escalas de valuación que aquellos pacientes que presentan un valor elevado en escalas de Karnofsky y Tokuhashi, bajo en Score de Tomita e intermedio en Score de Sins, serían los más beneficiados con las diferentes propuestas quirúrgicas.

Conclusión: Las diferentes terapéuticas quirúrgicas, siempre con objetivos paliativos, son válidas de aplicarse siempre y cuando las escalas combinadas permitan filiar al paciente dentro del score más cercano al centro del esquema propuesto.

Palabras clave: Escalas combinadas de valuación oncológica, cirugía en metástasis de columna, cirugía paliativa en columna.

Compresión medular aguda de origen tumoral. Resolución de urgencia

Dr. Mayer, J. A.

División neurocirugía. Hospital Ramón Carrillo, Ciudadela, Buenos Aires.

Objetivo: Dar a conocer la resolución de un caso de compresión medular, con los elementos que uno tiene a disponibilidad durante la urgencia.

Material y métodos: Paciente de 76 años que concurre a guardia luego de sufrir un traumatismo cervical en la vía pública. Al examen presenta cuadriparesia severa, junto con trastornos esfinterianos e hiperreflexia generalizada. Se realizaron estudios imagenológicos complementarios como Resonancia Magnética Nuclear y Tomografía Axial computada cervical donde se observó una compresión medular, producto de una lesión ocupante intra-dural extramedular cervical. Sometido a intervención quirúrgica.

Resultados: Paciente con cuadriparesia severa pre quirúrgica.

ca, evoluciona con franca mejoría post quirúrgica del status neurológico. A los 10 días se retira de alta sin trastornos esfinterianos y auto válido deambulando con ayuda de bastón.

Conclusión: La compresión medular aguda debe ser de rápido y certero diagnóstico a fin de lograr un mejoramiento en función neurológica si la patología lo permite. La ausencia de banco de prótesis durante la urgencia nos obliga a resolver la descompresión sin prever en muchos casos la posibilidad de generar inestabilidad post quirúrgica.

Palabras clave: Compresión medular, tumor, descompresión.

Neurinoma de Cola de Caballo. Presentación de un caso

Sein M., Marques L., Pirozzo M. y LyLyK P.

Objetivo: Presentar un caso de neurinoma de cola de caballo.

Métodos: Revisión retrospectiva de historia clínica y hacer una revisión bibliográfica de su forma de presentación, diagnóstico y tratamiento.

Presentación de Caso: Masculino 26 años, sin antecedentes relevantes, consulta por lumbalgia de 6 meses de evolución y lumbociatalgia derecha de 1 mes de evolución, con requerimientos de opioides menores para el manejo del dolor. Sin foco motor, fuerza muscular 5/5, disestesias y parches de alodinia a predominio L2-L3 derecha, normorreflexia, sin Lasegue. RX columna de lumbar sin particularidades. RMN evidencia a nivel de la charnela toraco - lumbar, lesión intradural-extramedular homogénea que desplaza raíces nerviosas, hipointensa en T1, hiperintensa en T2, de realce homogéneo con gadolínico.

Resultados: Se intervino quirúrgicamente con extirpación completa de la lesión. Recuperación ad integrum del paciente, sin tratamiento analgésico.

Conclusión: Son la neoplasia intradural-extramedular más frecuente, de localización predominante a nivel lumbar. Frente al diagnóstico de un proceso expansivo a nivel intrarraquídeo con evolución del cuadro neurológico, el tratamiento quirúrgico es la mejor opción.

Palabras claves: Neurinoma, cola de caballo, lesión intradural, extramedular.

Tumores intramedulares. Casuística año 2015

Quintana Corvalan CM, Cogo MC, Leyes MP, Linguido

DE, Luna FH, Romano AA.

Servicio de Neurocirugía Higa San Martín La Plata.

Objetivo: Presentación de cinco casos de lesiones intramedulares expansivas tratadas en nuestro Servicio durante el año 2015.

Material y método: Se analizaron 5 casos de tumores intramedulares tratados durante 12 meses en nuestro Hospital. La media de edad fue de 53 años, cuatro pacientes de sexo masculino y una paciente de sexo femenino. Con una presentación clínica variable pero progresiva en la totalidad de los casos. Se realizó Resonancia Nuclear Magnética con contraste endovenoso en todos los casos y radiografías dinámicas. Se observaron tres lesiones expansivas cervicales únicas (dos focales y una difusa), una con imágenes múltiples y la restante torácica baja (focal).

Resultados: En la totalidad de los casos se realizó exéresis microquirúrgica (exéresis total, exéresis parcial o toma de biopsia según características específicas).

El informe anatomopatológico evidenció la presencia de 3 ependimomas (GRADO 2) y 2 astrocitomas de bajo grado (Grado 2).

Conclusión: Los tumores intramedulares son lesiones raras sin una clínica patognomónica, la RNM con contraste endovenoso es la técnica diagnóstica de elección. La exéresis completa es el primer objetivo del tratamiento, siempre que sea posible. En la actualidad no utilizamos terapia radiante para lesiones malignas.

Palabras claves: Tumores intramedulares; Medula espinal; Ependimoma; Astrocitoma de bajo grado; Exéresis microquirúrgica.

Quiste Óseo Aneurismático en columna dorsal

Loncharic E.; Mérida A.; Fernández J.; Navallas F.; Martínez F.; Mercuri J.

Objetivos: Presentar un caso de Quiste óseo aneurismático de columna dorsal.

Métodos: Revisión retrospectiva de historia clínica.

Presentación de Caso: Paciente de sexo masculino de 23 años que ingresa por guardia refiriendo debilidad de miembros inferiores de instauración progresiva de aproximadamente dos meses de evolución asociado a dolor en región interescapular que irradia a izquierda. Al examen físico presenta paraparesia moderada; hipoestesia T6 a distal bilateral. Se realiza TC de columna dorsal en la que se observa lesión isodensa a nivel posterior de T6 con compromiso del canal

medular mayor al 50%. La RMN se observa dicha imagen isointensa en T1, con realce heterogéneo a la inyección de gadolinio, e hiperintensa en T2. Se realiza abordaje por vía posterior con exéresis subtotal de la lesión. El resultado de la anatomía patológica arroja como diagnóstico Quiste óseo aneurismático.

Conclusión: Esta patología debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de las lesiones tumorales de columna a pesar de su baja prevalencia, ya que se trata de una patología benigna que puede curarse con el tratamiento adecuado.

Palabras claves: Quiste óseo Aneurismático; Tumor de columna dorsal; Tumor espinal; Tumor primario de hueso.

Tumor raquimedular, Sarcoma de Ewing: Presentación de un caso

Merida A., Domenech A., Loncharic E., Sein M., Mercuri J.

Objetivos: Presentar un caso inusual de compresión medular asociado a tumoración raquimedular secundaria a Sarcoma de Ewing en paciente Adulto.

Métodos: Revisión retrospectiva de historia clínica. Revisión Bibliográfica.

Presentación de Caso: Paciente masculino de 42 años, No refiere antecedentes médicos clínicos. Antecedente quirúrgico: Exéresis tumoración en hemitórax izquierdo en Dic/2013 con patología desconocida. Medicación habitual: ninguna. Consulta en guardia por dorsalgia de meses de evolución que evoluciona con parestesias hace 48 horas. Paraparesia moderada -severa predominio izquierdo de 4hrs. de evolución, hipoestesia T6 a distal, signos de liberación medular, globo vesical, esfínter anal atónico, y masa tumoral en hemitórax izquierdo. TC tórax. Que evidencia gran lesión tumoral solida heterogénea dependiente de pared torácica lateral izquierda. TC dorso lumbar: sin hallazgos evidentes canal vertebral indemne. Se realiza RM columna dorsal que evidencia proceso expansivo raquimedular isointenso en T1 e hiperintenso en T2 con un tenue realce heterogéneo con la administración de contraste, cambios de señal en el cuerpo vertebral T6. Dicha lesión extradural extramedular impronta, comprime y deforma cordón medular a nivel T6 con leve expansión a T7.

Intervención: Con diagnóstico de síndrome de compresión medular aguda secundario a tumor raquimedular se realiza laminectomía descompresiva T6 y T7 mas resección de lesión intracanal y toma de biopsia.

Resultados: El análisis anatomopatológico informó: tumor maligno indiferenciado de células redondas infiltrante. Inmunohistoquímica compatible con Sarcoma de Ewing. Tumor neuroectodérmico primitivo con un Ki-67: 80%.

Evolucionó favorablemente mejoría del Kendal, Inició tratamiento oncológico con quimioterapia y radioterapia adyuvante.

Conclusión: Frente al diagnóstico de un proceso expansivo a nivel intrarraquídeo con deterioro del cuadro neurológico, el tratamiento quirúrgico es la mejor opción. La sobreexpresión de la proteína p53, expresión de Ki67 y pérdida de 16q pueden ser factores de pronósticos adversos. La resección quirúrgica y la quimioterapia, acompañada o no de radioterapia, este tipo de terapia ha mejorado la supervivencia hasta un 75 % al cabo de 5 años.

Palabras claves: Sarcoma de Ewing, compresión medular, laminectomía descompresiva.

Meningiomas de la Unión Craneocervical abordados por vía posterior

Rojas Caviglia, M.; Chiarullo, M.; Pirozzo, M.; Lafata, J. M.; Salas, E.; Lambre, J.

Hospital Alta Complejidad en Red El Cruce, Florencio Varela, Buenos Aires.

Objetivo: Mostrar nuestra casuística en la exéresis de los meningiomas de la unión craneocervical, comentar nuestra experiencia abordando dicha patología por vía posterior exclusivamente.

Materiales y Métodos: Se analizaron las historias clínicas electrónicas de nuestro hospital e imágenes intraoperatorias obtenidas durante las cirugías. Se intervino quirúrgicamente 6 pacientes con meningiomas de la unión craneocervical, todos abordados por vía posterior únicamente. De los 6 pacientes ninguno tuvo empeoramiento del estado neurológico al momento de la cirugía.

Conclusión: se abordaron en total 6 meningiomas de la unión craneocervical, todos por vía posterior, logrando una exéresis completa en todos los casos, sin afectación del estado neuro-lógico de los pacientes intervenidos. Por lo cual consideramos que la vía posterior es una técnica idónea y práctica.

Palabras clave: Meningioma, Tumores espinales, craneocervical.

Artrodesis instrumentada en tumores raquídeos extradurales: reporte de 24 casos operados en el periodo del 2012-2016

Sotelo, M.; Sainz, A.; Pallavicini, D.; Andreatta, C.; Asem, M.; Luque, L.

Sanatorio La Torre de Vicente López; Nuevo Sanatorio Berazategui; Clínica Modelo de Lanús.

Objetivo: Describir y analizar los resultados quirúrgicos obtenidos en una serie de 24 casos de tumores raquímedulares extradurales en los cuales se realizó artrodesis instrumentada con tornillos transpediculares en el periodo enero 2012 a enero 2016 .

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo donde se analizaron historias clínicas, partes quirúrgicas y estudios por imágenes de pacientes con patología tumoral raquímedular extradural a los que se le realizó artrodesis instrumentada. Se analizó la evolución neurológica y el dolor utilizando la escala analógica visual de dolor (VAS). De un total de 24 casos 14 pacientes eran sexo masculino y 10 de sexo femenino. El promedio de edad fue de 51 años. La región dorsal fue la más frecuentemente comprometida. Todos los pacientes sometidos a cirugía presentaban dolor axial, además 9 pacientes presentaban paraparesia y 12 paraplejía.

Resultados: Todos los pacientes con paraparesia (9 casos) presentaron algún grado de mejoría neurológica, en tanto que los pacientes que presentaban paraplejía (12 casos) no presentaron mejoría neurológica en el postoperatorio, respecto al dolor, el VAS promedio al ingreso fue de 8 en tanto que en el postoperatorio fue de 3. Como complicaciones se evidenciaron 3 fistulas de LCR que resolvieron con drenaje espinal y en tanto que en 2 casos hubo que realizar toilette quirúrgica debido a infección de la herida quirúrgica.

Conclusiones: Los tumores raquímedulares son una patología frecuente que puede requerir cirugía con artrodesis instrumentada. Si bien la mejoría neurológica solo se vio en los pacientes con déficit incompleto, la instrumentación quirúrgica nos permitió mejorar notablemente el dolor en la mayoría de los enfermos.

Palabras Claves: Tumor vertebral; Metástasis; Lumbalgia.

Tratamiento de Meningioma Cervical. Reporte de caso

Morales D., Pallavicini D., Andreatta C, Asem M., Falcon S., Platas M.

HIGA Pte. Perón de Avellaneda, Servicio de Neurocirugía.

Objetivo: Describir el caso clínico de un meningioma cervical, su diagnóstico diferencial y la técnica quirúrgica empleada para su resolución.

Descripción del caso: Paciente de 66 años de edad, sexo femenino, hipertensa, con antecedentes de parestesias en miembro superior derecho de 6 meses de evolución interpretada en otro centro como síndrome de túnel carpiano y operado en esa oportunidad. Al examen físico se observa cuadriparesia asimétrica moderada a predominio derecho y más marcado en miembro superior, imposibilidad de deambular, signos de liberación piramidal en cuatro miembros, espasticidad progresiva, reflejos osteotendinosos aumentados e hipoestesia superficial sin nivel sensitivo aparente.

La RMN de columna cervical realizada evidenció una lesión hipointensa en T1 e isointensa en T2 con realce homogéneo tras administración de contraste a nivel C3-C4 intradural extramedular con cola dural compatible con meningioma.

Intervención: Se realizó laminectomía de C3 completa y parcial de C4 con paciente en posición semisentada, bajo magnificación óptica se identificó y se reseco lesión encapsulada con orientación posterolateral derecha que comprimía y desplazaba la medula cervical y la raíz C4. Se coagulo implante dural y se realizó cierre por planos. La paciente evolucionó favorablemente con recuperación de la paresia previa y logro deambular mejorando su calidad de vida.

Conclusión: Los síndromes de compresión radicular o medular deben ser considerados como diagnóstico diferencial del síndrome de túnel carpiano sobre todo en sus inicios donde los síntomas sensitivos son los que predominan. El correcto diagnóstico y el tratamiento quirúrgico precoz tuvieron incidencia en la evolución neurológica favorable de nuestra paciente.

Palabras clave: Meningioma cervical, tumor intradural extramedular, laminectomía cervical, tumor cervical.

Meningiomas espinales. Serie de 14 casos

Morales D., Platas F., Andreatta C., Pallavicini D., Sotelo M., Platas M.

HIGA Pte. Perón de Avellaneda, Servicio de Neurocirugía.

Objetivo: Describir y analizar una serie de 14 casos de meningiomas espinales operados en el periodo enero 2001-diciembre 2015.

Material y métodos: Se realizó un trabajo retrospectivo mediante análisis de historias clínicas, partes quirúrgicas, estudios por imágenes y evolución clínica de los pacientes.

Intervenidos quirúrgicamente por meningiomas espinales

en el periodo mencionado.

Resultados: El número total de pacientes intervenidos fue de 14. Predominó el sexo femenino (85%) con un promedio de edad de 70 años. La localización dorsal fue mucho más frecuente, con 11 casos. La topografía más afectada fue D4, D5, D6, D7. La localización del implante dural más frecuentemente hallada fue anterolateral.

Trece pacientes tenían déficit motor al momento del diagnóstico de los cuales 10 eran incompletos. 6 pacientes además presentaron alteraciones esfinterianas. En cuanto a la evolución se reportó mejoría del cuadro motor en 7 pacientes (53%) y en 5 pacientes fue completa. El 50 % de los pacientes que presentaron alteraciones urinarias mejoraron. Se registró un total de 5 complicaciones, de las cuales la más frecuente resultó ser fistula de LCR (3 casos), seguida de TEP seguido de óbito (1 caso) e isquemia medular (1 caso). En ese periodo se operaron 105 meningiomas cerebrales lo que da una relación meningiomas cerebrales / espinales de 7,5 a 1.

Conclusión: Con los datos obtenidos podemos concluir que en nuestra serie de meningiomas espinales se encontró predominio femenino de avanzada edad. La localización dorsal fue la más frecuente con variante de implantación anterolateral. La mitad de nuestros pacientes mejoraron su cuadro neurológico previo y la fistula de LCR fue la complicación más frecuentemente hallada.

Palabras clave: Meningiomas espinales, tumor intradural extramedular, cirugía complicaciones.

Quiste Neuroentérico intramedular. Presentación de caso

Luque L, Sainz A, Orellana E, Marchetti M.

Servicio de Neurocirugía.

Hospital de Alta Complejidad el Cruce, Hospital Pte. Perón. Hospital Fiorito.

Objetivo: Presentar un caso de quiste neuroentérico intramedular cervical. Y analizar las pautas de su tratamiento.

Descripción: Paciente masculino de 37 años que se presenta con ataxia en la marcha, debilidad en 4 miembros, trastornos sensitivos y signos de liberación medular. RMN de columna cervical evidencia lesión quística intramedular cervical baja, isointensa con el líquido cefalorraquídeo en T1 y T2.

Intervención: Se realiza laminectomía C4 a C7, exéresis total de la lesión y artrodesis instrumentada con tornillos transarticulares en dichos niveles. La anatomía patológica informa quiste neuroentérico (endodermal). El paciente evoluciona favorablemente con mejoría marcada de la sintomatología.

RMN control a los 3 meses evidencian ausencia de la lesión.

Conclusión: Los quistes neuroentéricos son lesiones raras, congénitas y benignas causadas por la comunicación persistente o anormal entre el neuroectodermo, la notocorda y el endodermo. Suelen ocurrir en pacientes pediátricos y adultos jóvenes. En la mayoría de los casos son lesiones intradurales - extramedulares siendo rara la presentación intramedular. El tratamiento es quirúrgico y la resección total debe ser el objetivo ya que el riesgo de recurrencia del quiste es alto. El seguimiento con RMN es recomendado.

Palabras clave: Quiste neuroentérico, quiste intramedular, resección quirúrgica, artrodesis.

Metástasis Vertebral de Adenocarcinoma Gástrico: caso atípico

Flavia Clar¹, Guillermo Cardinali¹, Matías Chacón².

¹*Cirugía de Columna, Servicio de Traumatología y Ortopedia;*

²*Servicio de Oncología Clínica. Instituto Alexander Fleming, CABA.*

Objetivo: Describir un caso de paciente con diagnóstico de metástasis vertebral de adenocarcinoma gástrico y su conducta terapéutica

Descripción: Se presenta paciente sexo femenino de 64 años, con antecedentes de Gastrectomía total más quimioterapia, por Adenocarcinoma gástrico (células en "anillo de sello"); que 5 años después consulta por parestesias y dorsalgia agregando dolor radicular en hemicinturón derecho de tipo neuropático, sumando por último parestesia en parte distal de miembro inferior derecho que no responde a medicación. Se realiza IRM de columna dorsolumbar con cte. Ev. que evidencia lesiones expansivas en 2 niveles lumbares, una lesión en cuerpo de D9, hipointensa en T1 que realiza postcontraste con disminución de altura del cuerpo vertebral, compromiso del muro posterior a predominio derecho, pedículo, apófisis transversa y articular, con compresión medular a dicho nivel.

Intervención: Se diagnostica metástasis ósea de Adenocarcinoma gástrico mediante biopsia percutánea guiada por TAC. Habiendo realizado radioterapia en las lesiones vertebrales evoluciona con parestesias en miembro inferior derecho, aumento del dolor neuropático y progresión al lado contralateral en cinturón; se decide tratamiento quirúrgico. Se realiza abordaje posterior en columna dorsal, exéresis tumoral con descompresión de estuche dural y de la raíz D9. Se coloca marco de Hartshill de titanio para fijación, desde

D7 a D11.

Evoluciona en el POP inmediato sin dolor y con remisión de las parestesias en MI derecho.

Conclusión: Se realizó tratamiento quirúrgico satisfactorio de una lesión metastásica infrecuente en ese tipo de tumor primario. La técnica quirúrgica utilizada se eligió basada en el tipo de afección carcinomatosa teniendo en cuenta la afinidad de las siembras metastásicas por el cuerpo vertebral.

Palabras clave: metástasis vertebrales, carcinoma gástrico, marco de Hartshill.

Resolución Quirúrgica de Metástasis Cervical Atípica de Adenocarcinoma de Páncreas. Revisión de la Literatura y Reporte de un Caso

Moreno Claudia¹⁻³; Medina Muñoz Matías Fabricio¹; Luque Leopoldo²; Platas Marcelo².

¹Servicio de Neurocirugía - Hospital Francisco López Lima - General Roca - Río Negro.

²Servicio de Neurocirugía - Hospital Presidente Perón - Avellaneda - Buenos Aires.

Introducción: El adenocarcinoma es la neoplasia maligna más frecuente del páncreas, con alta incidencia de metástasis intra abdominales, menos frecuentes son las extras abdominales, en tanto que las espinales son extremadamente raras. Hay sólo tres casos de lesiones similares reportadas, pero ninguna de ellas fue pasible de tratamiento quirúrgico. En este trabajo presentamos un caso de metástasis cervical con inestabilidad espinal, compromiso neuroforaminal y dolor mecánico luego de 4 años del diagnóstico, que fue resuelta quirúrgicamente.

Reporte del Caso: Una paciente de 70 años con diagnóstico previo de Adenocarcinoma de Páncreas, consulta por cervicobraquialgia y parestesias en ambos miembros superiores. Se evidencia una lesión de aspecto tumoral a nivel de C7 con inestabilidad espinal. Se decide adoptar conducta quirúrgica, con corporectomía y artrodesis vía anterior.

Conclusión: Este caso demuestra la importancia de una investigación completa ante síntomas cervicales incluso cuando las metástasis cervicales del cáncer de páncreas sean extremadamente raras. El abordaje quirúrgico utilizado demostró ser efectivo en el manejo del dolor y la inestabilidad espinal.

Palabras Clave: Cáncer de Páncreas, Metástasis Vertebral, Metástasis Ósea, Tratamiento Quirúrgico.

Quiste aracnoideo sintomático

Vasquez, V - Chipolini, P - Santivañez, R - Giambiagi, C. Sanatorio Dupuytren y Trinidad de Quilmes.

Objetivo: Reportar un caso de quiste aracnoideo sintomático, conducta quirúrgica y revisión bibliográfica.

Material y Métodos: Paciente masculino de 58 años que consulta por raquialgia de años de evolución al cual se agrega ataxia de la marcha.

IRM: Imágen posterior ovoidea intradural hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 a nivel D4-D5; que comprime y desplazan el cordón medular hacia anterior.

Intervención: Se realiza laminectomía de D4-D5 y durotomía con toma de muestra de pared quística y comunicación con ESA. Resultado por laboratorio: LCR.

Evoluciona favorablemente en postoperatorio inmediato con restitución ad-integrum de sintomatología cordonal posterior.

Conclusión: El quiste aracnoideo intradural es una entidad de muy baja frecuencia. La intervención quirúrgica logra buena recuperación neurológica. Debe tomarse en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales de lesiones tumorales causantes de compresión medular posterior.

Palabras clave: Quiste aracnoideo, compresión medular, tratamiento quirúrgico.

Hematoma Espinal Epidural Espontáneo Asociado a Osteoma Lumbar. Presentación de caso y revisión de literatura

Juan José Magaró; Mauricio Kohanoff; Joaquín Cigol. Hospital Centenario de Rosario/ Sanatorio NSR.

Objetivo: Se presenta el caso de hematoma epidural espinal (HEE) como hallazgo quirúrgico, simulando tumor espinal extraaxial.

Introducción: Los hematomas epidurales espinales son lesiones poco comunes que requieren un reconocimiento y diagnóstico temprano para plantear un tratamiento que permita lograr la recuperación funcional. Los HEE por definición se producen en ausencia de trauma o procedimientos iatrogenos. Pueden estar asociados a trastornos de la coagulación, MAV, angiomas cavernosos y tumores. Origen del sangrado puede ser arterial o venoso, siendo este último la teoría más aceptada. Tiene una incidencia del 0,1/100000 personas/año y comprenden menos del 1 % de las lesiones ocupantes de espacio espinales.

Materiales y Métodos: Se presenta el caso de una paciente femenina de 61 años de edad, con diagnóstico de escoliosis idiopática desde la infancia, que inicia 3 semanas previas a la consulta, con cuadro de dolor lumbar de inicio súbito con irradiación a miembro inferior izquierdo severo e invalidante, que en pocos días progresa a monoparesia crural a predominio distal. Se realiza RMN de columna que muestra lesión a nivel L1/2 intracanal extradural, hiperintensa en T1 con leve refuerzo heterogéneo periférico con contraste. Se indica cirugía de descompresión y exéresis de la lesión y eventual artrodesis.

Resultados: Se realiza laminectomía L1 y L2, encontrándose lesión ocupante intracanal, de características óseas, con área de características de trazo de fractura. Completándose la resección se encuentra hematoma epidural organizado con paredes fibroblásticas que se resecan. Presenta post operatorio sin complicaciones con desaparición del dolor y progresiva recuperación del déficit motor.

Conclusión: Los hematomas epidurales espinales a pesar de su baja frecuencia pueden simular otras patologías o pasar inadvertidos, siendo sus manifestaciones clínicas de jerarquía y sus eventuales consecuencias llevar a una lesión neurológica irreversible o falla en el tratamiento de no lograr un diagnóstico de certeza.

Palabras clave: Hematoma epidural espinal, osteoma, escoliosis, tumor óseo.

Abordaje Posterolateral para el Tratamiento Quirúrgico de Tumores Espinales Dorsales

Ziraldó Mariano¹, Ana Melgarejo¹, Martín Guevara^{1,2},

Pablo Negri¹, Víctor Castillo^{1,2}, Javier Gardella¹.

¹División Neurocirugía, Hospital Juan A. Fernández, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

²Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario CEMIC.

Objetivo: Describir las indicaciones y la técnica quirúrgica para la exéresis de tumores espinales intracanal extramedular con extensión foraminal y paravertebral.

Material y método: Se realiza un análisis retrospectivo de las historias clínicas de dos pacientes con tumores espinales extramedulares dorsales. Uno se presenta con dorsalgia de 2 meses de evolución y otro con clínica de compresión medular dorsal de 3 meses de evolución. Se realiza una revisión de la técnica quirúrgica y sus indicaciones.

Resultados: En un paciente se realizó laminectomía T5-6-7 + costotransversectomía T6 derecha realizándose resección subtotal de la lesión. El otro paciente fue sometido a laminectomía T4-5-6 + transversectomía T5 + fijación transpedicular T3 a T6. Ambos tuvieron una buena evolución post operatoria, sin complicaciones, con restitución ad-integrum de las funciones neurológicas afectadas.

Conclusiones: El abordaje posterior por línea media permite la resección del componente intracanal posterior al saco dural. La asociación de la transversectomía con o sin resección costal en el mismo procedimiento permite la resección del componente lateral de la lesión ya sea foraminal o extraforaminal disminuyendo así la compresión del saco tecal durante la manipulación tumoral sin recurrir a abordajes más invasivos como la combinación con vías anteriores o toracotomía.

Palabras claves: Tumores espinales extradurales, abordajes a columna torácica, abordajes posterolaterales.