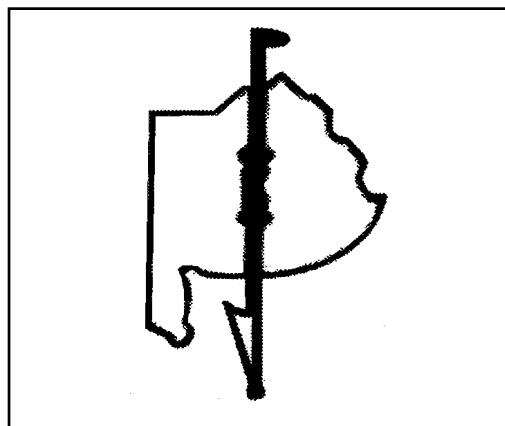




ASOCIACIÓN ARGENTINA
DE NEUROCIRUGÍA



SOCIEDAD DE NEUROCIRUGÍA DE
LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

RESÚMENES

de trabajos presentados a:

NEURO RAQUIS 2007

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

QUINTAS JORNADAS ARGENTINAS
DE PATOLOGÍA RAQUIMEDULAR

Mar del Plata, 1 y 2 de junio de 2007

PATOLOGÍA DEGENERATIVA

Algoritmo quirúrgico para patología degenerativa de columna

G. FIGALLO, P. VINCENTI

Objetivo. Exponer la experiencia de centros de columna de Estados Unidos, Europa y los propios para decidir cuál alternativa es, por consenso mundial, la aconsejable para cada patología creando un marco legal y científico para el tratamiento quirúrgico evitando sub y sobreindicaciones.

Material y método. Para efectuar este trabajo dividimos la columna en segmentos: 1) Cervical: vía anterior discopatía simple: discectomía con injerto o cage; doble discopatía: discectomía/injerto/cage o placa; triple discopatía: injerto, placa; mielopatía corporectomía+injerto+placa. vía posterior: canal estrecho laminoplastia/laminectomía.

2) Dorsal: vía anterolateral o toracoscopia para discopatía; vía posterior para canal estrecho 3) Lumbar: discopatía simple: discectomía o microdiscectomía; doble discopatía: discectomía con o sin cage; triple discopatía: discectomía con instrumentación. Variantes: en obesos, reintervenciones, escoliosis, osteoporosis, fibrosis, infecciones (cada una con sus sugerencias). Variantes: cirugía por videoendoscopia, termolesión, discectomía percutánea y otras a consensuar por equipo de columna.

Conclusión. Este trabajo apunta a exponer una metodología de trabajo que lejos de ser lo único y lo ideal, es lo que nos permite crear un adecuado marco científico y legal para nuestros pacientes y colegas, que nos permita hablar en un mismo idioma en cualquier Servicio.

Estabilización dinámica interespinoso lumbar

G. BARREIRO

Objetivo. Presentar nuestra experiencia en el uso de la estabilización dinámica interespinosa (EDI) en pacientes con patología degenerativa lumbar.

Método. Se realizó un estudio retrospectivo en 17 pacientes operados en la ciudad de Bariloche, entre el año 2005 y 2007 con patología degenerativa lumbar. Todos los pacientes fueron estudiados a su ingreso con radiografía simples, IRM de columna lumbar, EMG y PESS. Se utilizaron 3 sistemas de EDI (DIAM, Wallis y Coflex).

Resultados. De los 17 pacientes operados, 8 fueron de sexo masculino y 9 de sexo femenino. La edad promedio fue de 46 años y el rango etario entre los 21 y 63 años. El 29% presentaba una hernia discal voluminosa, y el 71% restante canal estrecho segmentario asociado a discopatía degenerativa única o múltiple. El espacio discal estabilizado fue el que presentaba síntomas clínicos y compromiso electromiográfico, siendo el más frecuente el L4-L5 (14 pacientes), seguidos de L3-L4 (2 pacientes) y L5-S1 (1 paciente). La totalidad de los pacientes presentaba lumbalgia, con irradiación radicular unilateral 80% y bilateral el 20% restante. El 95% de los pacientes tuvieron una excelente recuperación sensitiva –motora persistiendo sólo un paciente con leve distesia S1. El VAS previo fue de 8,7 y el pos de 2,3. Los PESS de las raíces comprometidas mostraron una recuperación postoperatoria significativa en el 95% de los casos. Los dispositivos interespinosos utilizados fueron : DIAM (60%), WALLIS (35%) y Coflex (5%).

Conclusión. La EDI constituye una técnica rápida y simple que no presenta complicaciones en su colocación. Es un

procedimiento reversible. La recalibración del canal espinal sumado a la estabilización posterior mejora significativamente la recuperación inmediata de los síntomas previos.

Liberación del receso lateral en lumbociáticas con estudios imagenológicos negativos

G. KAHL, R. ZISUELA ROBERTO, J.P. BERNASCONI

Objetivo: Evaluar la utilidad de la liberación quirúrgica simple del receso lateral en pacientes previamente seleccionados y definir los criterios de selección.

Material y método. Evaluación retrospectiva de 100 pacientes tratados quirúrgicamente con liberación simple del receso lateral. Los estudios imagenológicos (radiografías y IRM de la columna lumbosacra) y EMG fueron reevaluados. Los criterios de exclusión fueron: tumores, infecciones, deformidades, inestabilidades traumáticas o degenerativas del raquis y hernias discales. Los pacientes fueron reevaluados clínicamente con la escala de Evans. Se realizó la técnica quirúrgica convencional de facetectomía medial y recalibración de foramen.

Resultados. Obtuvimos 100 pacientes con un rango de edad entre 48 y 75 años, el promedio fue de 61,5 años. De sexo femenino fueron 46 pacientes y de sexo masculino 54 pacientes. El follow up fue de 5,5 años, con un promedio entre 3 y 8 años. La presentación clínica preoperatorio fue: 65 casos tenían ciática monorradicar L5 clásica, 20 casos tenían ciática monorradicar L4 clásica, 13 casos tenían irradiación atípica distal en territorio L4 o L5 y 2 casos tenían irradiación atípica distal en tobillera. La forma de presentación fue insidiosa en 83 casos e hiperalgésica en 17 casos. Radiológicamente en el 54% se encontró disminución de la altura discal en un nivel y en un 27% en dos niveles. En todos los casos la IRM no mostró injuria directa de la raíz comprometida y en un 37% se observó hipertrofia facetaria del lado sintomático e hipertrofia del ligamento amarillo en 42% de los casos. En ningún caso se encontró signos de Modic. El EMG fue positivo en todos los casos, pero no siempre fue específico para definir la raíz afectada. Según la escala de Evans fueron 93% muy bueno y el 7% bueno. No hubo secuela de déficit motor, hubo un caso de fístula de LCR de resolución espontánea y no hubo casos de infección.

Conclusión. Es una técnica adecuada para este tipo de patológica ya que pacientes con síndrome del receso lateral puro, raramente avanzan hacia estrecheces centrales o contralaterales. El conocimiento de las tres zonas del receso lateral es fundamental para la técnica quirúrgica. De la selección del paciente depende el éxito a largo plazo. No se considera necesaria la fijación del raquis.

Artroplastia discal cervical: ¿opción a futuro?

G. FIGALLO, P. VINCENTI

Objetivo. Comparar series propias con otros Centros de Brasil, USA y Europa en la colocación de diversos sistemas de reemplazo discal.

Material y método. Para efectuar este trabajo se seleccionaron pacientes operados de discopatía de C3 a C7. Por un mismo equipo quirúrgico a los largo de 10 años con 814 pacientes a quienes se le efectuaron artrodesis con injertos, y/o cages y/o placas que según las escalas de Odom, Owestry y seguimientos radiológicos presentan en general una buena evolución de la signosintomatología con altas tasas de fusión y escasa pseudoartrosis.

Actualmente con motivo de realizar cirugías cada vez más fisiológicas evitando las artrodesis en pos de lograr artroplastias (lo ideal) se han colocado reemplazos discuales como Bryan, PCM o Mobi C, y sin bien se habla de más de 3.000 casos operados en el mundo, en nuestra pequeña serie de pacientes propios (10) y series cercanas (45) la evolución en principio ha sido satisfactoria y si bien se necesita una larga curva de aprendizaje se han tenido resultados prometedores en cuanto a la conservación o a lograr una excelente movilidad de los segmentos implicados.

Conclusión. Los estudios preliminares son en general optimistas, pero en realidad se debe esperar por lo menos 5 años para la evaluación definitiva, que se logre una verdadera artroplastia y que no se trate de una artrodesis extremadamente cara y trabajosa.

Fusión lumbar intersomática posterior. Complicaciones. Presentación de dos casos

D. RAPETTI, F. IARLORI, J. LAMBRE, E. BRICHETTI

Objetivo. Describir dos complicaciones quirúrgicas asociadas con el uso de cage para fusión lumbar intersomática posterior así como la resolución quirúrgica utilizando dos diferentes vías de abordaje.

Descripción: Caso 1: Paciente de sexo femenino 37 años portadora de hernia lumbar a nivel L4-L5. Fue tratada tres años antes con laminectomía, discectomía, fusión intersomática con dos cages y tornillos pediculares con barra de titanio en forma unilateral. Los tornillos y la barra fueron retirados posteriormente por infección de la herida quirúrgica. Luego de una caída comienza en forma paulatina con síndrome de cola de caballo. **Caso 2:** Paciente de sexo femenino 46 años fue derivada por deterioro neurológico y síndrome confusional de una semana de evolución e infección de la herida quirúrgica. La paciente había sido operada dieciséis días antes de su admisión por enfermedad degenerativa lumbar a nivel L4-L5. Se le realizó laminectomía, discectomía y colocación de un cage intersomático. La infección de la herida quirúrgica, la pérdida de líquido cefalorraquídeo y los análisis sugirieron síndrome meníngeo.

Intervención. En ambos casos el pull-off del cage fueron los responsables de los signos neurológicos y debieron ser removidos. Dos diferentes abordajes fueron realizados. En el primer caso se realizó un abordaje laterorrectal infraumbilical. En el segundo caso se realizó la clásica vía posterior. En ambos casos la evolución fue favorable.

Conclusión: La fusión lumbar intersomática posterior con cage es una elección que puede ser usada en los casos de inestabilidad, pero sus posibles y serias complicaciones deben ser tenidas en mente en el momento de su elección.

Compresión radicular foraminal lumbar

S. GIUSTA J. FIOLE, C. PURVES, J. BOLZANI, M. GREGORI, S. SELLES

Objetivo. Ofrecer diagnóstico diferencial de pacientes con radiculopatía L5-S1 sin patología discal.

Descripción. Paciente de sexo masculino 27 años con intenso dolor lumborradicular izquierdo de 3 meses de evolución con progresión de su sintomatología. Antecedente de traumatismo lumbar reiterado por actividad deportiva. Se estudio con IRM de columna lumbosacra con y sin gadolinio en donde no se observa patología discal. Ante la persistencia de la sintomato-

logía y la ausencia de respuesta al tratamiento médico se decide completar con TAC con reconstrucción ósea observándose displasia de arco posterior L5 con aparente lisis del lado izquierdo con estrechamiento del neuroforamen ipsilateral.

Intervención. Se realiza hemilaminectomía, foraminotomía y flavotomía L5-S1 izquierda con liberación completa de la raíz L5. El paciente evoluciona de forma favorable con remisión completa de la sintomatología.

Conclusión. Ante un paciente deportista es conveniente considerar entre los posibles diagnósticos diferenciales aquéllos que son menos frecuentes y que no involucran patología discal.

Discectomía lumbar videoendoscópica

O.E. VALDEZ, S.J. CRESCI, J.E. MEOLI

Objetivos. Evaluar la eficacia y seguridad de la discectomía lumbar por vía posterior con técnica videoendoscópica.

Intervención El procedimiento es realizado bajo anestesia general. Paciente en silla quirúrgica y posición genupectoral. Previa marcación radiológica, se realiza abordaje posterior miniinvasivo, con técnica abierta. Colocación de separador de Taylor modificado. Tiempo videoendoscópico, utilizando endocámara con fuente de luz de xenón y óptica de 0°. Laminectomía y facetectomía parcial. Flavotomía, apertura del ligamento vertebral y discectomía. Foraminotomía según necesidad. Inspección con la óptica de 30° para evaluar el estado canalicular, radicular y foraminal. Hemostasia y síntesis por planos.

Conclusión. La discectomía lumbar videoendoscópica constituye un método seguro y eficaz para el tratamiento de la patología discogénica, obteniendo una excelente visualización.

Artroplastia y artrodesis lumbar simultánea. Presentación de un caso

R. PRINA, R. GUTIÉRREZ, M. BERAUDO, F. CASSINI

Objetivo. Describir un caso de artroplastia y artrodesis lumbar simultáneas.

Descripción. En una paciente de sexo femenino de 36 años de edad con lumbalgia crónica de más de 4 años de evolución, que presentaba discopatía degenerativa crónica en L4-L5 y espondilolistesis L5-S1 grado I con espondilolisis y marcada inestabilidad dinámica, se realizó un procedimiento híbrido simultáneo (artroplastia L4-L5 y artrodesis L5-S1) que contempla la patología de cada segmento en forma independiente en un mismo abordaje por vía anterior extraperitoneal.

Intervención. En posición de Da Vinci se realizó un abordaje anterior extraperitoneal por una incisión oblicua paramediana izquierda. Se identificaron los uréteres y los grandes vasos (bifurcación aortoiliaca, vena cava y venas ilíacas). En el nivel L5-S1 luego de la discectomía total se realizó una artrodesis utilizando una celda de peek y titanio con 4 tornillos (Sinfix) rellena de hueso de cresta iliaca. Esta celda provee una fijación similar a una artrodesis de 360°. En el nivel L4-L5 se realizó un reemplazo total de disco utilizando un disco artificial Prodisc-L. **Conclusión.** Por un solo abordaje (anterior extraperitoneal) se resolvieron simultáneamente 2 patologías, la listesis L5-S1 y la discopatía degenerativa en L4-L5, evitando de este modo un doble abordaje o la fusión innecesaria en caso de optar por la vía posterior única.

Pseudotumor medular asociado a patología discal cervical

G. GONZÁLEZ, J. VILLEGAS, N. GOLDENBERG, A. ZILIO, J. SHILTON

Objetivo. Presentar un caso poco frecuente de engrosamiento medular segmentario asociado a patología discal cervical.

Descripción. Paciente de 31 años de edad de sexo masculino sin antecedentes de relevancia que consulta por una paresia de MMII que progresivamente se hace bilateral y se asocia a hipoestesia termoalérgica, compromiso de esfínter vesical e impotencia sexual. Al examen físico se objetiva una cuadriparesia a predominio de MMII, con espasticidad moderada, hipoestesia termoalérgica, Babinsky bilateral, hiperreflexia difusa, pseudoataxia, atrofia hipotenar. La IRM evidencia HNP C5-C6 con aumento del diámetro medular, imagen hiperintensa en T2 en la misma (isointensa en T1) y toma de contraste exclusivamente a nivel de las venas epidurales. Se interpretó que la imagen medular no era compatible con patología tumoral y podría estar relacionada con la hernia de disco cervical.

Intervención. Discectomía C5-C6 por vía anterior y colocación de jaula intersomática con injerto autólogo e inmovilización cervical. En el postoperatorio presentó notable mejoría de la espasticidad, de la hipoestesia termoalérgica y de los trastornos esfinterianos. En sucesivas IRM de control se observó una disminución progresiva tanto del diámetro medular como de la extensión del área hiperintensa.

Conclusión. El aumento del diámetro medular asociado a patología discal obliga a descartar otras entidades: tumorales, lesiones vasculares, edema, etc. El seguimiento clínico radiológico es la clave para discernir entre todos estos procesos.

Hernia discal cervical extruida

J.A. VILLEGAS, G. GONZÁLEZ, A. ZILIO, N. GOLDENBERG, J. SHILTON

Objetivo. Presentar una variedad poco frecuente de patología discal cervical.

Descripción. Se evaluaron cuatro pacientes (2 masculinos, 2 femeninos), con una edad promedio de presentación de 45 años, tres de ellos con antecedente de patología degenerativa espinal y uno de presentación postraumática. Los trastornos sensitivos cervicobraquiales fueron el motivo de consulta más frecuente. Se constató hiporreflexia en miembros superiores en 3 casos, uno de ellos con atrofia muscular y otro con signo de Lhermitte. El compromiso mielopático fue evaluado con la escala de Frankel (2 pacientes grado 4 y 2 pacientes grado 5 de Frankel). La IRM de dos pacientes evidenció una hernia voluminosa, en otros dos se observó una hernia importante en un caso con migración cefálica y otro caudal.

Intervención. En dos casos se realizó discectomía reemplazo discal con jaula intersomática, injerto óseo y placa. En los dos casos restantes se efectuó doble discectomía con corporectomía, con reemplazo de cuerpo vertebral y placa atornillada. Se identificaron fragmentos libres en el canal, en un caso con desplazamiento en sentido ascendente y otro en sentido descendente. Sólo en una ocasión se identificó una meta solución de continuidad en la estructura del ligamento longitudinal anterior, por la cual se exteriorizaba el secuestro discal. En todos los pacientes se utilizó inmovilización cervical en el postoperatorio, variando el tiempo de acuerdo al tipo de implante utilizado. La evolución fue satisfactoria con trastornos deglutorios transitorios y remisión de los síntomas sensitivos.

Conclusión. La hernia de disco cervical extruida representa una entidad poco frecuente, ya sea en asociación con patología degenerativa o trauma espinal. Se puede presentar como un cuadro postraumático, en ocasiones con déficit agudo o con

sintomatología progresiva, remediando la evolución de un tumor o de una enfermedad degenerativa de la médula espinal.

Laminoplastia con técnica open-door en mielopatía cervical espondiloartrósica

J. BERNACHEA, M. SÁEZ, C. MORENO

Objetivo. Analizar la casuística hospitalaria sobre 14 laminectomías realizadas entre los años 2000 y 2006 con la técnica de open-door.

Material y método. En los 14 casos de laminoplastia los pacientes eran de ambos sexos y portadores de mielopatía cervical espondiloartrósica de niveles múltiples (considerando más de 2 niveles como múltiple). Todos los casos fueron tratados con remodelación del canal por expansión unilateral del mismo siguiendo la técnica en open-door (de Hirabayi). En 12 casos fue el único procedimiento quirúrgico realizado y en 2 casos como complemento del tratamiento fallido por vía anterior. En 4 casos se realizó fijación de la apófisis espinosa la apófisis articular con hilo (de elección lino 20) y en 10 casos con mini placas de sostén para la remodelación del arco posterior. En todos los casos se realizó con el paciente en posición semisentada.

Resultados. Los resultados clínicos no demostraron cambios del síndrome piramidal prequirúrgico en los 2 pacientes tratados previamente por vía anterior y en 3 pacientes sometidos a técnica del open-door. Se observó una reestenosis por desmoronamiento del arco posterior sin empeoramiento clínico. En un caso hubo persistencia del dolor radicular en topografía C5, que existía previo a la cirugía.

Conclusión. La laminoplastia expansiva de Hirabayi es un procedimiento quirúrgico técnicamente simple y eficaz en la mielopatía espondiloartrósica cervical. Presenta un alto índice de mejoría clínica y a su vez pocas complicaciones cuando es usada en pacientes seleccionados.

Tratamiento endoscópico en las hernias de disco lumbares. Análisis y resultados en 76 pacientes operados

G. FERNÁNDEZ MOLINA

Objetivo. Se presentan 76 pacientes portadores de hernias de disco lumbares sintomáticas que fueron tratados con técnicas endoscópicas. Se analizan los elementos diagnósticos, la estrategia quirúrgica, la evolución y los resultados con un seguimiento de más de 9 meses en todos los casos.

Material y método. Desde noviembre de 2003 a julio de 2006 fueron tratadas por endoscopia 83 hernias de disco lumbares en 76 pacientes. Se utilizó un endoscopio con sistema de tubos dilatores Metrix. Todos los pacientes presentaron dolor radicular con o sin déficit sensitivo-motor. En todos los casos se indicó tratamiento conservador médico-fisiátrico durante un tiempo mínimo de 6 semanas previo a la cirugía. Todos los pacientes fueron evaluados por las escalas de VAS y Roland Morris. En todos los casos el diagnóstico fue confirmado por IRM y EMG. Todos los pacientes fueron controlados a la semana, a los 15 días y al mes. El control por IRM se realizó a los 3 meses. En 7 pacientes tratamos 2 herniaciones con un mismo abordaje; 32 pacientes fueron de sexo femenino y 44 masculino. El rango de edad fue de 18 a 64 años con una media de 43 años.

Resultados. Fueron evaluados clínicamente el dolor, el déficit funcional motor y sensitivo. Se valoró la reducción discal por IRM de control. En 65 pacientes obtuvimos una completa

recuperación (85%), en 4 pacientes persiste dolor lumbar ante esfuerzos moderados a intensos y continúan en control; 7 pacientes regresaron a la consulta meses después de la cirugía con dolor lumbar postural por estenosis foraminal a los que se les colocó un dispositivo distractor interespinoso (DIAM) con buena evolución posterior. Tuvimos 2 lesiones derales que no requirieron cirugías adicionales, 2 infecciones de piel y 1 discitis que se resolvieron con tratamiento médico. Todos los pacientes fueron externados dentro de las 24 horas.

Conclusión. El tratamiento endoscópico en las hernias de disco lumbares ha demostrado ser un método efectivo y seguro. Si bien los análisis iniciales indican resultados similares a la microdiscectomía convencional, al ser una técnica menos invasiva genera un menor daño de las estructuras anatómicas que rodean la lesión. En nuestra casuística la recuperación ha demostrado ser más rápida con un postoperatorio más confortable.

Sistema de estabilización posterior dinámico: nuestra experiencia y estudio comparativo de los diferentes sistemas

A. ARENA, F. ALBERIONE, R. MATERA

Objetivo. Presentar nuestra experiencia con la utilización del sistema de estabilización posterior dinámico en la patología degenerativa lumbar y aportar detalles técnicos de los diferentes sistemas utilizados, realizando un estudio comparativo de los mismos.

Material y método. Estudio retrospectivo de 22 pacientes con patología degenerativa lumbar tratados con el implante mencionado durante un período de 2 años. Se evaluó el tipo de patología, el nivel afectado, la técnica operatoria y el seguimiento clínico e imagenológico. Realizamos un trabajo comparativo entre los diferentes sistemas de estabilización posterior en cuanto a la técnica quirúrgica de implantación y resultados. La edad promedio fue de 50 años, con predominio femenino (12 pacientes). El síntoma clínico más frecuente fue lumbociatalgia refractaria al tratamiento médico.

Resultados. La etiología fue: discopatía en 12 casos, canal estrecho en 4, retrolistesis grado I en 4 y artropatía facetaria en 2. El sitio de colocación más frecuente fue L4-L5. En 3 pacientes no se realizó discectomía. En un paciente no se implantó el sistema por hipotrofia de la apófisis espinosa. Buena evolución clínica en todos los casos, excepto en uno que presentó una discitis. Hemos utilizado 4 diferentes sistemas de estabilización posterior, los cuales han demostrado una buena fijación y estabilización difiriendo en la técnica quirúrgica de inserción del mismo y en la biomecánica de la columna.

Conclusión. Consideramos que la utilización de los sistemas de estabilización posterior dinámicos en la patología degenerativa lumbar es una técnica segura y efectiva con una baja tasa de morbilidad.

Fijación occipitocervical en AR

G. FOENQUINOS, V. AMERIO, L. LANDABURU, M. PLATAS, J. LAMBRE

Objetivo. Presentar dos casos de fijación occipitocervical en artritis reumatoidea avanzada y compromiso C0-C2.

Descripción. Caso 1. Paciente de 55 años con AR de 30 años de evolución con cuadripesía progresiva a predominio del hemicuerpo izquierdo. En la TAC cervical, subluxación C1-C2 mayor de 10 mm irreductible y pannus odontoideo. Al examen

presentó cuadripesía a predominio de hemicuerpo izquierdo; IRM de columna cervical con subluxación atloideo-axoidea y compresión de la unión bulbomedular. Operada por vía posterior con descompresión C0-C1 con fijación occipitocervical C3-C5 fue dada de alta con buena evolución a las 3 semanas. **Caso 2.** Paciente de 50 años con AR de 6 años de evolución con hemihipoestasia facial izquierda, trastornos deglutorios, cuadriparesia leve e hipoestesia en hemicuerpo izquierdo. Realizadas radiografías simples, se objetivó subluxación atloideoaxoidea irreductible; IRM con severa compresión bulbomedular y pannus odontoideo. Realizada la descompresión C0-C1 y fijación occipitocervical, presentó mejoría del cuadro motor y de los trastornos deglutorios, siendo dada de alta a las 3 semanas de su internación.

Intervención. En ambos casos se decidió el abordaje posterior por tratarse de una vía que permite simultáneamente la descompresión e inmovilización, evitando los potenciales riesgos de la vía transoral.

Conclusión. Destacamos la importancia de la vía posterior en pacientes con subluxación C1-C2, ya que permitió simultáneamente la descompresión, fijación y artrodesis de la región.

Síndrome de cola de caballo por hernia de disco lumbar alta

V. AMERIO, M. PLATAS, F. KIRYLK, P. LANDABURU, G. FOENQUINOS, J. EZTALA, M. SAEZ

Objetivo. Presentación de dos casos de hernia discal L2-L3 con Síndrome de Cola de caballo y resolución quirúrgica.

Descripción. Se trata de dos pacientes que fueron tratados quirúrgicamente en el período 2002-2007. **Caso 1:** paciente masculino de 40 años con lumbociatalgia crónica que debutó abruptamente con paraparesia leve, hiporreflexia profunda, vejiga neurogénica y persistencia del dolor radicular L4. En la IRM se visualiza una hernia de disco L2-L3 asociada a protusión L4-L5. **Caso 2:** paciente de sexo masculino de 55 años, que debutó súbitamente con lumbalgia, paraparesia severa flácida arrefléctica, hipoestesia en miembros inferiores, vejiga neurogénica. IRM: extrusión discal L2 L3 con fragmentos migrados subligamentarios.

Intervención. Ambos pacientes fueron operados mediante laminectomía y discectomía simple. En los dos casos la evolución fue favorable con recuperación motora, sensitiva y en uno de ellos persistió la vejiga neurogénica.

Conclusión. De los 103 operados en este período por compresión discal a nivel lumbar, sólo 2 (1,94%) la presentaron a nivel L2-L3. El diagnóstico clínico se confirmó con IRM y la cirugía se realizó a los 6 días de instalado el cuadro en el primer caso y dentro de las 24 hs en el segundo, observándose en éste la persistencia de la vejiga neurogénica. Destacamos que nuestra incidencia de hernias L2-L3 es similar a la reportada en la literatura mundial (1,90 a 2,4%), y que debemos sospecharla siempre en pacientes con cuadro clínico compatible con síndrome de cola de caballo. Se discute la oportunidad en el timing de la indicación quirúrgica.

Selección del tratamiento quirúrgico adecuado en el canal estrecho lumbar: laminectomía descompresiva con o sin instrumentación vs. distracción interespinosa

M. TORRES, J. MANDOLESI, J. P. CASASCO, N. ALMERARES

Objetivos. Comparando nuestra experiencia en ambas técnicas quirúrgicas, pretendemos demostrar que el dispositivo de

distracción interespinosa, asociado a la recalibración del canal, conlleva a un procedimiento de menor duración, con menor morbilidad asociada, reduciendo posibles alteraciones en la biomecánica y similares resultados a los obtenidos mediante el uso de la técnica convencional.

Material y método. Se seleccionaron 62 fichas de consultorios externos e historias clínicas de pacientes operados de canal estrecho lumbar. Se incluyeron en forma randomizada 31 pacientes operados en el Servicio mediante laminectomía con o sin instrumentación, para compararlos con los últimos 31 pacientes operados con distracción interespinosa. Los pacientes del segundo grupo fueron intervenidos en el lapso de 2004 a 2006. Todos los pacientes de este estudio retrospectivo que pertenecieron al subgrupo de laminectomizados presentaron evolución clínica comparable con la estadística internacional. El método de elección para evaluar la evolución clínica fue el cuestionario de Oswestry.

Resultados. En relación con los pacientes con separadores interespinosos encontramos que el 6,4% (dos pacientes) no mejoraron sus síntomas, un 19,3% de ellos (seis pacientes) presentaron escasa mejoría, el 35,4% (once pacientes) obtuvieron importante mejoría y 38,7% del total (12 pacientes) mejoraron la totalidad de los síntomas. En el grupo de los pacientes laminectomizados encontramos que todos los pacientes independientemente de status previo, mejoraron sus síntomas. 22,5% de ellos (siete pacientes) presentaron escasa mejoría, 64,5% (20 pacientes) mejoraron en gran medida sus síntomas, y 12,9% (cuatro pacientes) mejoraron en su totalidad los síntomas que motivaron la consulta. Los resultados fueron evaluados estadísticamente con el test t de Student obteniendo una mejoría media de 33,1% en el grupo 1 y de 29,84% en el grupo 2 con un valor de t: 0,21 (no significativo). La estadía hospitalaria media fue de 2,45 días en el grupo 1 y de 4,55 días en el grupo 2 con un valor de $t = 3,1 \times 10^{-18}$ (significativo). Con respecto a las complicaciones perioperatorias sólo un paciente presentó infección postoperatoria en el grupo 2, sin registrar complicaciones en el grupo 1. Los 2 pacientes del grupo 1 que no mejoraron significativamente su estatus neurológico están en lista para la realización de laminectomía más artrodesis.

Conclusión. En esta serie de pacientes, no encontramos diferencia en cuanto a la evolución neurológica global al comparar una técnica con la otra. Concluimos que la distracción interespinosa asociada a la recalibración del canal es un método quirúrgico alternativo al ya descripto, ofreciendo menor alteración en la biomecánica lumbar, tiempo quirúrgico, morbilidad y días de internación. No obstante se requiere de un seguimiento más prologando y de un cohorte mayor de pacientes para establecer conclusiones estadísticamente más significativas.

Indicaciones del bloqueo foraminoganglionar lumbar guiado por topografía, en la ciática a causa de hernia discal o artropatía

C.A. FRETES RAMÍREZ

Objetivo. Presentar la técnica de bloqueo foraminorradicular próximo al ganglio espinal, con Triancinolona y Ozono medicinal guiado por tomografía computada.

Material y método. Se trata de un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, de corte transversal. Se analizan los resultados obtenidos en 81 pacientes (54,5 años promedio, 46 mujeres- 35 varones). Se incluyen a pacientes con diagnóstico preciso de hernia discal y de artropatía. Se excluyen pacientes con lesiones neoplásicas, traumáticas, infecciosas y degenerativas. Los síntomas preinfiltración predominantes fueron: dolor ciático, parestesias y paresia de raíces lumbares.

Los estudios realizados fueron: radiografía, electromiografía y resonancia magnética. La técnica empleada fue el bloqueo, bajo sedación y anestesia local, luego se realizaban cortes tomográficos para guiar la punción con aguja espinal. Comprobada la situación en el foramen espinal, se inyectaba Triancinolona, Ozono medicinal y Bupivacaína. El paciente a las 2-3 hs. se retiraba a su domicilio y se reintegraba a su rehabilitación y actividades laborales a las 24 hs.

Resultados. Se valora la evolución a los 60 días del procedimiento según la escala visual analógica del dolor (EVA) y el índice de satisfacción del paciente. Se clasificaron en **Muy bueno:** remisión total de síntomas y reintegro a sus actividades y EVA menor a 1. **Bueno:** remisión subtotal de síntomas y reintegro laboral y EVA entre 1 y 3. **Regular:** remisión parcial de síntomas, uso de fármacos y reintegro laboral y EV entre 4 a 7. **Sin cambios** o sin mejoría y EVA igual al cuadro antes del bloqueo. El grupo tratado con Triancinolona tuvo una evolución muy buena y buena en un 63,6%. El grupo tratado con Triancinolona y Ozono medicinal tuvo una evolución muy buena y buena en un 70,9%.

Conclusión. El bloqueo foraminoganglionar lumbar es una técnica de gran importancia en la resolución no quirúrgica de las ciáticas, en pacientes que no mejoran con tratamiento conservador. Permite el abordaje espinal en forma poco invasiva y la rápida recuperación del paciente. Las claves principales para el logro de buenos resultados son la correcta evaluación clínica, el estudio minucioso con exámenes complementarios y la selección adecuada de los pacientes.

Canal estrecho: asociación con otras deformidades

P. MARINO, N. ROURA, M. ESPECHE, J. SALVAT

Objetivo. Demostrar que la corrección del eje mejora los resultados postoperatorios.

Material y método. Revisión retrospectiva de historia clínicas, evaluando 18 pacientes durante el periodo comprendido entre marzo de 1998 y diciembre de 2006 con canal estrecho asociado a otras deformidades.

Intervención. La asociación del canal estrecho a otras deformidades es un hecho cada vez más frecuente. El correcto balance de la columna vertebral tomando como punto de referencia la vértebra C7 y trazando una vertical perpendicular al piso tanto en el frente como en el perfil nos daría una idea bastante acertada del balance vertebral. Sabiendo que una alteración del eje en el frente se denomina escoliosis, en el perfil hiperlordosis o hiperlordosis y de acuerdo a que esté desplazado a derecha o izquierda tendría un balance positivo o negativo. El canal estrecho lumbar cuando está asociado a estas deformidades debería tratarse como un "todo" y no como una patología exclusivamente compresiva, ya que el acto quirúrgico de descompresiones puede llevar a un compromiso más severo de la inestabilidad, con el correspondiente deterioro de la deformidad y un fracaso en los resultados. Se obtuvo mejoría de la claudicación en todos los casos. Mejoría del eje en los dos planos. Dolor residual por escoliosis con mejoría en un 75% de los casos. Las complicaciones fueron: 1 caso con pseudoartrosis reoperado y reinstrumentado, 1 caso de desbalance sagital positivo, 1 pérdida de la corrección por instrumentación corta y 1 paciente con una hernia de disco por encima de la artrodesis.

Conclusión. El establecer el balance sagital es sin lugar a dudas el desafío más difícil del cirujano ya que la pérdida del eje en este plano es mucho más intolerable para el paciente que la alteración del balance frontal (escoliosis). La columna debe saber leerse en los 3 planos del espacio y en consecuencia tratarla en las mismas dimensiones.

PATOLOGÍA TUMORAL

Reporte de un tumor melanocítico de grado intermedio

S. HASDEU, N. SPAHO, R. TRAMONTANO

Objetivo. Describir un tumor melanocítico de grado intermedio espinal y discutir su tratamiento.

Descripción. Paciente masculino de 66 años con lumbalgia inespecífica progresiva. Se realizó una resonancia magnética para estudio de una protrusión discal L4-L5. Se evidenció como hallazgo un tumor intradural extramedular D12-L1 compatible con meningioma o neurinoma.

Intervención. Se realizó una laminectomía regional. Tras la apertura dural se evidenció un tumor intensamente pigmentado, adherido a las raíces y a la duramadre. Se realizó exéresis tumoral microquirúrgica. La anatomía patológica informó una neoplasia de células ahusadas con bajo índice mitótico. En la inmunohistoquímica fueron intensamente positivos los marcadores MELAN A y HMB 45. La evaluación de la fracción proliferativa mediante anticuerpo monoclonal Ki67 fue del 10%. El paciente evolucionó en forma favorable.

Conclusión. Los tumores melanocíticos primarios del sistema nervioso son infrecuentes, comprenden desde los melanocitomas benignos pero localmente agresivos hasta los melanomas malignos. Todos ellos derivan de los melanocitos menígeos. Entre estos extremos se encuentran las lesiones de grado intermedio, descritas por Brat et al en 1999. La diferenciación histológica de estos tumores permite predecir su comportamiento biológico. El presente caso fue calificado de grado intermedio debido a la ausencia de atipia y escasez de mitosis pero elevado Ki67. La tasa de recurrencia en esta categoría sería mayor que en los melanocitomas benignos por lo que se recomendó la radioterapia postoperatoria.

Quiste óseo aneurismático L1: una etiología poco frecuente de compresión de médula

O. GUTIÉRREZ, E. D'ANNUNCIO

Objetivo. Describir un nuevo caso de quiste óseo aneurismático vertebral, con severo compromiso neurológico.

Descripción. Niña de 12 años, obesa, derivada de su localidad de origen, por severo compromiso de la marcha francamente evolutiva e intenso dolor lumbar localizado e irradiado a miembros inferiores. Al examen físico presentaba paraparesia severa, con síndrome piramidal, incontinencia esfinteriana y nivel sensitivo en silla de montar. La IRM de raquis mostró lesión expansiva extradural sobre el canal raquídeo, multilobulada de bordes heterogéneos con moderada captación de gadolinio y destrucción ósea a nivel del cuerpo y pedículo de L1 sobre vertiente izquierda.

Intervención. Se realizó en un primer tiempo laminectomía descompresiva L1 con resección subtotal de masa tumoral, con importante pérdida hemática sin descompensación hemodinámica. Recuperación total postoperatoria de sus síntomas neurológicos. En un segundo tiempo fue practicada embolización endovascular preoperatoria, resección tumoral, instrumentación transpedicular y fusión con injerto óseo autólogo. A 10 meses de seguimiento sin parámetros clínicos de recidiva.

Conclusión. Los resultados clínicos a la fecha son excelentes. Fue útil la embolización preoperatoria, haciendo posible en el segundo abordaje la exéresis total de la masa tumoral, con poca posibilidad de recurrencia.

Abordaje posterolateral extracavitario para el tratamiento quirúrgico de plasmocitoma T11.

J. LAMBRE, W. ISASI, E. BRICHETTI, J. EMMERICH, N. EIRAS

Objetivo. Describir el abordaje posterolateral extracavitario (P-L extrac.) utilizado para la exéresis de un plasmocitoma T11.

Descripción. Paciente de 62 años, femenino, portadora de plasmocitoma T11 con dolor radicular y de tipo mecánico sin respuesta al tratamiento farmacológico y ortopédico (corset). Mejoró durante los 2 meses posteriores a cifoplastia efectuada en octubre '06.

Intervención. En marzo '07 se realizó abordaje P-L extracavitario para la liberación radicular, corpectomía-reconstrucción T11 y estabilización T9-L1 con sistema de tornillos pediculares. La evolución postoperatoria fue muy satisfactoria con desaparición total de los síntomas que decidieron la indicación quirúrgica.

Conclusión. Existen controversias táctico-técnicas para la solución quirúrgica de este tipo de lesiones vertebrales. El resultado obtenido en este y otros casos similares, nos seduce para seguir eligiendo esta vía, posterolateral extracavitaria, sobre las otras alternativas.

Tratamiento quirúrgico de tumor de cordón espinal dorsal extramedular con extensión torácica: presentación de un caso

C. CENTURIÓN, F. GARCÍA COLMENA

Objetivo. Presentar la resolución y resultado del tratamiento quirúrgico de un tumor dorsal extramedular con extensión torácica.

Descripción: Paciente masculino de 38 años de edad con dolor intercostal derecho, VAS 7/10 y paraparesia progresiva. La resonancia magnética nuclear demostró un proceso ocupante de espacio extramedular con componente intra-extraforaminal derecho T5-6 de 40 x 30 x 25 mm de diámetro y realce de contraste.

Intervención. Se realizó una exéresis tumoral por laminectomía dorsal alta del componente intracanalicular, con remisión del dolor y déficit motor. Anatomía patológica: schwannoma. En el control por imágenes, el componente intratorácico evidenció un crecimiento, realizándose su exéresis por toracotomía con artrodesis instrumental por vía anterior con sistema de barras y tornillos. No hubo complicaciones operatorias. La nueva evaluación anatomopatológica determinó schwannoma maligno. Se completa el tratamiento con radioterapia conformada tridimensional. Los estudios postoperatorios no demostraron restos ni recidiva tumoral. Clínicamente el paciente se encuentra sin dolor ni déficit motor.

Conclusión. El doble abordaje quirúrgico en dos tiempos fue un tratamiento efectivo en la resolución de un raro caso de schwannoma maligno.

Tumores intradurales extramedulares

P. SEOANE, A. MIRON, A. M. V. PASSANTE, D. DESOLE, M. AMAOLO

Objetivo. Presentar algunas consideraciones sobre la presentación clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución de los tumores intradurales extramedulares; realizando concomitantemente una revisión de la literatura contemporánea.

Material y método. Se revisó retrospectivamente en un periodo de 5 años una serie de 12 pacientes, relación varón: mujer 5:7, cuya edad promedio fue de 46,8 años. El tiempo de evolución clínica fue de 5,3 meses, clasificando a los síntomas según la escala de Nürick y siendo todos sometidos a la realización de una IRM con contraste paramagnético, donde se evidenció la masa ocupante. En cuanto al nivel tumoral 4 fueron dorsales, 4 lumbares, 2 múltiples y otros 2 compartieron la unión dorsolumbar. La localización axial más frecuente fue la posterolateral, siendo todos los pacientes abordados mediante una laminectomía y resección tumoral, con o sin fijación posterior.

Resultados. Todos los pacientes presentaron algún tipo de dolor, con diferentes grados de compromiso mielopático o radicular según la ubicación tumoral. Con excepción de un caso, la exéresis fue completa en todos los demás; confirmando la anatomía patológica el grado histológico para schwannomas en un 75% de los casos, meningioma en un 16% de los casos y lipoma en un 4%. Ninguno presentó infecciones postoperatorias y todos mejoraron la sintomatología de ingreso. En un 70% de los pacientes se realizó una fijación postoperatoria.

Conclusiones. El 84% de los tumores intradurales lo constituyen en orden de frecuencia los schwannomas, meningiomas, neurofibromas, lipomas y tumores raros como el tumor epidermoide o astrocitomas exofíticos. La mayoría son benignos, de crecimiento lento y pueden progresar durante años. El gold standard terapéutico es la resección quirúrgica completa, lo que no siempre es posible debido fundamentalmente al tamaño tumoral y su ubicación.

Tumores de cordón espinal extramedulares primarios: análisis de 43 casos

B. CENTURIÓN, F. GARCÍA COLMENA

Objetivo. Analizar las características epidemiológicas, clínicas, imagenológicas, quirúrgicas y evolutivas de tumores de cordón espinal extramedulares primarios (TCEEP).

Método. Se analizaron en un estudio longitudinal y retrospectivo 43 pacientes, 29 de sexo femenino (67.5%) y 14 de sexo masculino (32.5%), con un rango etario de 17 a 82 años, quienes presentaron un TCEEP y fueron intervenidos quirúrgicamente entre 1997 y 2006, por nuestro Servicio.

Resultados. 20 correspondieron a meningiomas (46.5%), 16 a neurinomas (37.2%), 5 a ependimomas de filum terminal (11.6%) y 2 a otros (4.7%). La Manifestación Clínica Inicial de mayor frecuencia fue algún tipo de déficit motor (76.7%). El intervalo síntoma- diagnóstico tuvo un rango de 1 mes a 4 años, con un promedio de 16.04 meses. La exéresis tumoral fue completa en 35 casos (81.39%). El 100% de los pacientes mejoró su status neurológico, en el Examen Neurológico Postoperatorio. En el seguimiento de la evolución neurológica de los pacientes, se constataron 37 (86.05%) restituciones totales (RT) y 6 (13.95%) restituciones parciales (RP) al presente.

Conclusión. La presentación porcentual de los distintos tipos tumorales, la distribución por sexos y el predominio topográfico fueron comparables a los reportados por otros autores. Se pudo demostrar una relación directa entre el intervalo síntoma-diagnóstico y el intervalo tratamiento-reversión Total, quedando así establecido que el diagnóstico precoz es un objetivo fundamental para mejorar las posibilidades evolutivas del paciente, en este tipo de lesiones.

Fibromatosis torácica con invasión raquimedular

F. LATORRE, J. VILLEGAS, A. ZILIO, C. VAZQUEZ,
N. GOLDENBERG, A. AMERIO

Objetivo. Describir una compresión medular producida por un tumor producto de proliferación miofibroblástica de tipo fascitis.

Descripción. Paciente que consulta por trastornos en la marcha con paraparesia leve, parestesias e hipoestesia con nivel D6-D7 de un año de evolución. Antecedentes de extirpación de lesiones en dorso y en pierna izquierda compatibles con hemangiomas. Cervicalgia de cuatro años de evolución. IRM que informa lesión extradural que invade región lateral y posterior de vértebra D2 con compresión medular. Laboratorio que evidencia anemia moderada. Screening oncológico negativo.

Intervención. Se realiza intervención quirúrgica con laminectomía de D1-D3 y exéresis parcial del tumor pero con una óptima descompresión de la médula espinal. El paciente evoluciona favorablemente con recuperación del déficit neurológico y de la cervicalgia. El resultado de la biopsia diferida corresponde a una proliferación mesenquimática sin imágenes de mitosis, atipia nuclear severa ni necrosis. Por métodos de inmunomarcación se definió la histología como proliferación miofibroblástica de tipo fascitis.

Conclusión Dentro del grupo de compresiones medulares de origen neoplásico la fibromatosis es una causa infrecuente que debe igualmente tenerse en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales. Su pronóstico es favorable si se logra una amplia resección.

Tumores intramedulares

M. FERREIRA, C. FUSTER, A. CERVIO, S. CONDOMÍ ALCORTA,
J. SALABERRY, J. SALVAT

Objetivo. Reportar nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de los tumores intramedulares.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes con tumores intramedulares operados por el Servicio de Neurocirugía desde el mes de noviembre de 1994 hasta diciembre del 2005, utilizando básicamente las historias clínicas y estudios de imágenes pre y postoperatorios. Desde el punto de vista quirúrgico no puede sistematizarse la técnica para la extirpación de los diferentes tipos de lesiones sino que depende de la histología de las mismas. Se debe rescatar que el abordaje debe ser amplio quizás un nivel por arriba y otro por debajo de la lesión.

Resultados. En nuestra serie se evaluaron 39 casos, 21 hombres y 18 mujeres, con un promedio de edad de 42 años, de los cuales fueron 25 ependimomas, 5 astrocitomas, 1 lipoma, 1 linfoma, 5 metástasis, 1 ganglioneuroma y 1 carcinoma. Los síntomas se presentaron de tipo progresivo, dolor, cuadriparesia, trastornos esfinterianos, amiotróficos, espasticidad, fasciculaciones y neurovegetativas.

Conclusión. Entre los progresos significativos para la cirugía de los tumores intramedulares, podríamos destacar la exactitud de las imágenes obtenidas por IRM, las técnicas de microcirugía, el empleo del aspirador ultrasónico, el monitoreo electrofisiológico intraoperatorio continuo con potenciales SS y motores, todos estos avances han contribuido con el neurocirujano para que éste pueda realizar resecciones más amplias y a veces totales con disminución de las secuelas postoperatorias y mejor respuesta a los tratamientos coadyuvantes con más y mejor sobrevida de los pacientes con tumores intramedulares.

Osteoma osteoide

N. ROURA, P. MARINO, M. ESPECHE, J. SALVAT

Objetivo. Presentar nuestra experiencia en el tratamiento del osteoma osteoide vertebral.

Material y métodos. Durante el período comprendido entre febrero de 1998 y diciembre de 2005 fueron tratados en nuestro Servicio 7 pacientes con diagnósticos de osteoma osteoide vertebral; seis con localización cervical y uno torácico.

Resultados. En tres pacientes se realizó resección guiada por TAC y en los otros cuatro, cirugía a cielo abierto. Uno de ellos debió ser reintervenido con resección bajo TAC debido a persistencia del nido. En nuestra experiencia la sintomatología remitió en todos los pacientes y no hubo recurrencias. Todos los pacientes evolucionaron satisfactoriamente con remisión completa del dolor.

Discusión. El osteoma osteoide es un tumor óseo benigno poco frecuente, que habitualmente se localiza en el arco vertebral posterior. Es raro encontrarlo en niños menores de 5 años o en adultos mayores de 40 años. La causa del tumor se desconoce. Aunque el osteoma osteoide afecta a todo el esqueleto la presentación en la columna es del 10-14% de los casos. Pueden ocasionar rigidez, escoliosis y dolor, que se agravan por la noche.

Conclusión. Creemos que siempre que sea accesible el tratamiento de elección debe ser la extirpación guiada por TAC.

PATOLOGÍA INFECCIOSA

Tratamiento de las infecciones postoperatorias con instrumentación: presentación de cinco casos

G. DI MASI, F. CLAR, M. PALLAVICINI, T. FUNES,
P. JALÓN, J.J. MEZZADRI

Objetivo. Describir los resultados en el tratamiento de las infecciones postoperatorias espinales con instrumentación.

Descripción. Se revisaron las historias clínicas de 5 casos (3 varones-2 mujeres / edad media: 49 años) de infecciones postoperatorias espinales ocurridas durante los años 2005 y 2006. Los diagnósticos preoperatorios fueron: 1 espondilolistesis L4-L5, 3 síndromes de columna lumbar fallida y 1 compresión medular por aplastamiento vertebral. En todos se realizó una osteosíntesis transpedicular (1 dorsal y 4 lumbar). Los signos clínicos de infección aparecieron entre los 4 y 23 días (media: 12) del postoperatorio. En 3 casos se aisló un germen y en 2 casos más de uno.

Intervención. En todos se realizó tratamiento antibiótico de acuerdo con la sensibilidad del germen. En 4 casos hubo necesidad de realizar la limpieza quirúrgica. No se retiró la instrumentación. Todos completaron el tratamiento con antibióticos y la infección fue controlada.

Conclusión. En los casos descritos el tratamiento antibiótico con la limpieza quirúrgica logró controlar la infección sin necesidad de retirar la instrumentación.

Absceso intramedular en paciente pediátrico. Presentación de un caso y revisión de la literatura

J.P. EMMERICH, P.J. GIMÉNEZ, E. GÓMEZ, L.M. BERNAL,
J. LAMBRE, J. MARQUEZ RIVAS

Objetivo. Presentar un raro caso de absceso espinal intra-

medular multinivel en un paciente de 13 meses de vida.

Descripción. Paciente de sexo femenino de 13 meses de vida que ingresó con paraparesia brusca de 24 horas de evolución y trastorno esfinteriano. A su ingreso presentó una paraplejía flácida (balance muscular 0/5) con nivel sensitivo D12 derecho y L1 izquierdo. ROT abolidos en MMII. Exploración normal en MMSS. En RMI de columna completa se visualizó extensa lesión intramedular expansiva que se extendía desde el nivel dorsal D7 - D8 para afectar al cordón medular en su trayecto caudal al mismo hasta el cono y cola de caballo, de apariencia quístico-necrótica con pared irregular y componente nodular sólido hiperintenso tanto en T1 como T2 a altura de L4.

Intervención. Se realizó laminotomía con motor de alta velocidad desde T5 a L4, que luego se completó con laminectomía L5 y S1. Apertura dural completa por línea media comprobándose una gran reacción inflamatoria aracnoidea, aproximadamente desde D10 hasta el sacro. Apertura aracnoidea produciéndose salida de material purulento, se realizaron pequeñas mielotomías por línea media, a varios niveles, extrayendo colección purulenta intramedular. En región sacra se visualizaron escamas córneas y un pelo, indicativos de un tumor epidermoide, que se extirpó en su totalidad. Se realizó reconstrucción de la laminotomía con placas y tornillos reabsorbibles, ayudado de suturas y artrodesis ósea. El procedimiento se realizó bajo control neurofisiológico y se instituyó terapéutica antibiótica de amplio espectro en espera del antibiograma. No presentó una mejoría neurológica en el postoperatorio inmediato, recuperando paulatinamente la fuerza, encontrándose a los 30 días del post operatorio sólo una leve paresia en ambos MMII.

Conclusión. Los abscesos intramedulares multiniveles son una patología muy poco frecuente. Una correcta historia clínica que incluya un adecuado interrogatorio, examen físico-neurológico y métodos complementarios del diagnóstico, solicitados y efectuados a tiempo (RMI), permitieron el diagnóstico y la resolución quirúrgica, que asociado con la antibiotioterapia, fueron factores fundamentales para una evolución favorable de este caso.

Espondilitis brucelósica con proceso adhesivo fibroplástico epidural asociado

V. ESTEFAN, C. VÁZQUEZ, J. EZTALA, N. GOLDENBERG, J. SHILTON

Objetivo. Presentar dos casos de espondilitis brucelósica lumbosacra asociada con proceso adhesivo fibroplástico epidural anterior. Se discuten las distintas formas terapéuticas.

Descripción. Caso 1: paciente de sexo masculino, de 52 años, con residencia intermitente en zona rural y antecedente de lumbalgia con irradiación a ambos miembros inferiores de 5 meses de evolución progresiva e incapacitante con escasa respuesta a AINEs y opioides, Lasègue (+) a 20º bilateral y urgencia miccional.: anemia, leucopenia y trombocitosis, VSG 126 mm/h. IRM de columna lumbosacra sin contraste: en T1 imagen hipointensa a nivel L5 con extensión a L4 y S1, compromiso de disco L4-L5 con disminución de la altura del espacio intersomático e imagen epidural anterior hipointensa; en T2 ligera hiperintensidad en L4 y L5 e imagen epidural anterior isointensa. En conjunto con el Servicio de Infectología se sospecha brucelosis por antecedentes epidemiológicos y se solicita laboratorio específico que es positivo para brucelosis. **Caso 2:** Paciente de sexo masculino de 63 años, con diagnóstico de brucelosis, en tratamiento para la misma; derivado por el Servicio de Infectología por presentar lumbociatalgia de 8 meses de evolución; dolor radicular L5 y S1 bilateral y disestesias plantares, dolor sacroiliaco bilateral a predominio dere-

cho, ROT: aquilianos (-), rotulianos 1/3, Lasègue (-). TAC de L4-L5-S1: compromiso de platillos discales L5-S1, cuerpos vertebrales respectivos y articulación sacroilíaca derecha. IRM: compromiso de cuerpos vertebrales L5-S1, con extensión a articulación sacroilíaca derecha y ocupación del espacio epidural anterior a dicho nivel.

Intervención En el Caso 1 se realizó descompresión quirúrgica de las raíces lumbares y del saco dural envueltas por un proceso adhesivo plástico, se envía material a AP que confirma el diagnóstico de brucelosis y se instaura tratamiento médico ATB (3 drogas). El paciente presentó remisión de los dolores radiculares, continúa con corsé rígido y al mes normaliza el laboratorio. El Caso 2 el paciente llega a la consulta con diagnóstico y en tratamiento antibrucelósico, por lo que se decide aguardar la evolución hasta completar el tratamiento ATB con 3 drogas. El tratamiento médico prolongado resulta en un alivio de los síntomas radiculares, sin resolución total de los mismos; con mejoría radiológica de la espondilitis en controles por imágenes, pero sin modificación de la compresión epidural lumbar.

Conclusión. La espondilitis brucelósica es habitual, pero es sumamente infrecuente que la misma invada el canal mediante un proceso fibroplástico compresivo. Los pocos casos que presentan invasión del canal vertebral y compresión radicular deben ser resueltos quirúrgicamente, ya que el componente inflamatorio y el proceso adhesivo plástico intracanal no remite con tratamiento médico aislado.

PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

Nueva clasificación para las fracturas toracolumbares

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

Objetivo. Presentar la nueva clasificación de fracturas de la columna toracolumbar recientemente introducida, aplicada a nuestra casuística del último año.

Material y método. Un total de 18 casos de pacientes entre 20 y 55 años de edad con trauma toracolumbar, entre enero de 2006 y abril de 2007, fueron incluidos y categorizados según datos clinicorradiológicos dentro del sistema de clasificación de Vaccaro. Dicha escala comprende tres componentes: el mecanismo de injuria, la situación del ligamento longitudinal posterior y el status neurológico. En base al resultado de la puntuación en dicha escala se decidió la conducta terapéutica a seguir.

Resultados. Doce pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente por presentar un puntaje mayor a cinco y seis fueron tratados en forma no quirúrgica por tener un puntaje menor a tres. No hubo ningún caso con puntaje de cuatro, lo cual indica que el tratamiento puede ser quirúrgico o no. La injuria del ligamento longitudinal posterior, por IRM, que contribuye muchas veces fehacientemente a dilucidar el mecanismo lesional, se evidenció en la mayor parte de los casos quirúrgicos (diez) y en ninguno de los no operados. Este es el parámetro que incorpora esta clasificación y que la diferencia de sus predecesoras. En relación al grado de deterioro neurológico, estuvo presente en todos los pacientes operados, no así en el resto.

Conclusión. El sistema de clasificación de Vaccaro para las fracturas toracolumbares unifica el lenguaje de la descripción de estas fracturas y sugiere el abordaje terapéutico.

Inestabilidad C1-C2 postraumática de sintomatología y diagnóstico tardíos. A propósito de un caso.

A. BOCCARDO, M. PEIRANO, CH. RUSSO

Objetivos. Mostrar un caso de inestabilidad C1-C2, con síntomas de aparición tardía, por supuesta reagudización al realizar movimientos cervicales tipo quiropraxia luego de precaria artrodesis.

Descripción. Paciente de 54 años de edad que hace dos años y medio sufre TEC por accidente de motocicleta. Concurrió a consulta por ligera cervicalgia, espasticidad y leve inestabilidad al caminar, y sensación de electricidad descendente a nivel del raquis al flexionar el cuello (Lhermitte). Al examen: paraparesia leve, Hoffman y Babinski bilaterales, hiperreflexia y alteración de la sensibilidad profunda. Los estudios realizados (Rx, TAC, con reconstrucción 3D y IRM) evidenciaron: lesión medular (mielomalacia), fractura tipo I de ap. odontoides con fragmento apical artrodesado al clivus y al arco anterior de C1, barras osteofíticas entre caras articulares del axis y masas laterales del atlas y elongación del ligamento transversario. Estos hallazgos inducían a pensar en una artrodesis espontánea. Las Rx dinámicas mostraron un aumento de la distancia entre la odontoides y el arco anterior de C1 y distracción del arco posterior del atlas con respecto a la espinosa de C2 en la flexión.

Intervención. Se procedió a estabilizar la lesión con un alambrado posterior C1-C2 con injerto según la técnica de Gallie.

Conclusión. Existen en ciertas ocasiones lesiones de la columna cervical no tratadas (en este caso una fractura de odontoides tipo I), que desarrollan una precaria artrodesis que los mantiene asintomáticos por un tiempo, y luego pierden esta condición por traumas menores que las descompensan. Queda clara la importancia de descartar este tipo de patología en período agudo (cuyo tratamiento hubiese sido inmovilización con collar) a fin de evitar, como ocurrió en este paciente, una secuela motora, cirugía o consecuencias aún mayores. Es importante remarcar que el estudio que confirmó la indicación de cirugía fueron las Rx dinámicas y no los estudios de alta complejidad.

Tratamiento de fracturas de la unión toracolumbar

R.T. GUTIÉRREZ, R. PRINA, F. CASSINI

Objetivo. Presentar tres pacientes con fracturas de la unión toracolumbar.

Material y método. Fractura L1 tipo A (A3.1: fractura estallido incompleta): paciente de 38 años de edad, femenino, caída de caballo, con fragmento intracanal y globo vesical. Resuelto por abordaje anterior (toraco-freno-lumbotomía), con corporectomía de L1, liberación del canal, artrodesis autóloga con cresta e instrumentación con Ventrofix en distracción.

Fractura L1 tipo B (B2.1. Fractura transversa de las dos columnas): paciente de 28 años de edad, femenino, accidente automovilístico, sin signos neurológicos, sin fragmento intracanal. Resuelto por abordaje posterior con artrodesis intertransversaria autóloga con cresta y sustituto óseo e instrumentación con tornillos transpediculares con encastrado lateral desde D11 a L2, en compresión. **Fractura D12 tipo C** (C3.2: fractura rotacional oblicua): paciente de 60 años de edad, masculino, caída de escalera desde 3 metros de altura, parapléjica flácida y anestesia por debajo de la lesión, pérdida del control de esfínteres. Resuelto por abordaje anterior (toraco-freno-lumbotomía), y posterior en un mismo tiempo quirúrgico, con reducción. En la vía anterior se realizó corporectomía

D12, liberación del canal y reducción con artrodesis autóloga con cresta e instrumentación con Ventrofix. En la vía posterior se realizó laminectomía con liberación del canal con artrodesis autóloga intertransversaria con cresta desde D11 a L1 y artrodesis instrumental con tornillos transpediculares con encastrado lateral en compresión.

Resultados. La clasificación de Magerl en 3 categorías definidas por el mecanismo de producción de las fracturas, nos permite la elección de la vía de abordaje. Las fracturas tipo A por compresión deben ser tratadas con distracción. Las fracturas tipo B por distracción deben ser tratadas con compresión. Las fracturas tipo C, en las que participan fuerzas multidireccionales, deben ser tratadas por doble abordaje para asegurar la estabilidad definitiva.

Conclusión. La clasificación de Magerl permite una correcta compresión del mecanismo de producción de las fracturas toracolumbares y su consecuente tratamiento.

Hematoma extradural cervical traumático

A. BENDERSKY, E. DORNA

Objetivo Presentación de un caso de hematoma extradural cervical traumático en un paciente adulto con una complicación postquirúrgica grave, a tener en cuenta, en función de la escasa casuística hallada en la literatura neuroquirúrgica y traumatológica.

Descripción. Mujer de 68 años de edad, sin antecedentes patológicos, que sufrió caída desde su propia altura, resultando en trauma cervicoccipital. Posteriormente desarrolló una cuadriparecia progresiva la cual evolucionó a severa en el término de 2 horas. En forma urgente, se realizó resonancia magnética de región cervical, donde se observó un extenso hematoma extradural posterior.

Intervención. Inmediatamente se procedió a la descompresión quirúrgica (laminectomía de C2 a C7) con buena recuperación neurológica. Al quinto día postoperatorio comenzó con importante dolor cervical a la movilización. La resonancia magnética de control mostró luxación de la sexta vértebra cervical sobre la séptima, con fractura de esta última, por lo que se procedió a efectuar una fijación más artrodesis posterior facetaria y pedicular con tornillos y barras desde la cuarta vértebra cervical hasta la segunda dorsal.

Conclusión Presentamos un raro caso de hematoma extradural cervical traumático que luego de la cirugía descompresiva de urgencia y sin imagen de lesión ósea considerable, presentó como complicación una luxofractura C6-7, que fue resuelta en un segundo tiempo.

Fractura lumbar resuelta mediante abordaje posterior

D. AGUAYO, M. PLATAS, J. LAMBRE, P. LANDABURU,
V. AMERIO, S. ORTIZ

Objetivo. Presentar un caso de fractura L2 tipo Magerl B2 resuelta mediante abordaje posterior.

Descripción. Paciente femenina, de 28 años, presenta traumatismo raquímedular de 4 meses de evolución por caída de altura, debutando al instante con paraparesia leve, vejiga neurogénica, sin déficit sensitivo (Frankel D), con recuperación ad integrum. (Frankel E), con tratamiento médico. La Rx columna lumbosacra mostró fractura acuñaamiento L2 Magerl B2, distracción posterior, desaparición de la lordosis lumbar, La IRM de columna lumbosacra, evidenció además

disrupción del muro y arco posterior con invasión del canal de menos del 20%.

Intervención. Teniendo en cuenta la evolución radiológica de la lesión, se efectuó la corrección quirúrgica mediante un abordaje posterior realizando osteotomía, reducción manual, y artrodesis mediante la colocación de tornillos transpediculares L1-L3, barras y conector transversal, más injerto autólogo. Evolución radiológica satisfactoria en cuanto a reducción y estabilización.

Conclusión. Destacamos la importancia del seguimiento imagenológico seriado en dicha patología ya que en muchas ocasiones la evolución de la misma es progresiva e imperiosa su resolución quirúrgica.

Cifosis asociada a callo óseo hipertrófico: una causa infrecuente de deterioro postoperatorio

J. VILLEGAS, A. ZILIO, F. LATORRE, N. GOLDENBERG, J. SHILTON

Objetivo. Describir un caso de mielopatía progresiva por cifosis severa asociada a un callo óseo hipertrófico y elaborar una estrategia para su resolución quirúrgica.

Descripción. Paciente de 63 años, sexo femenino, víctima de un trauma cervical por el cual se realizó una laminectomía cervical en otro nosocomio (1970). Posteriormente desarrolló una cifosis cervical, por lo cual fue intervenida por vía anterior (1994). En 1998 consultó por primera vez en nuestro servicio tras evidenciar un incremento del déficit neurológico y la reaparición de cifosis, por lo cual fue reintervenida por vía anterior. Dado que la evolución fue favorable, no concurrió más a seguimiento hasta hace aproximadamente un año, cuando notó un nuevo empeoramiento de su estado neurológico. Los estudios radiológicos mostraron una columna cervical en cifosis asociada, esta vez, a un callo óseo hipertrófico. Dicha formación exuberante aumenta aún más la compresión ventral medular producida por la cifosis.

Intervención. Se opera en dos tiempos: en primer lugar, se efectuó doble corporectomía, remoción del material hipertrófico e injerto con jaula expansible; en segundo término, se fijó por vía posterior con barras y tornillos transarticulares.

Conclusión. La presencia de un callo exuberante en el sitio de la corporectomía puede ser una causa poco frecuente de mielopatía progresiva en postoperatorios alejados. La resolución quirúrgica es compleja debiéndose abordar, en primer lugar, por vía anterior para lograr una adecuada descompresión. La utilización de una jaula expansible facilita la corrección de la cifosis. La fijación posterior es esencial para mantener en el tiempo la reducción obtenida.

Luxaciones cervicales de resolución tardía

C. VÁZQUEZ, F. LATORRE, N. GOLDENBERG,
J.C. MORALES, J. SHILTON.

Objetivo Analizar el enfoque terapéutico de las luxaciones cervicales de diagnóstico tardío.

Descripción. Las luxaciones que se presentan en forma tardía suelen evidenciar consolidación en posición anómala, siendo la reducción manual imposible aún con sedación y relajación anestésica. Esto implica el requerimiento de dos o más abordajes al raquis cervical. Se presentan 4 casos: **Caso 1:** paciente masculino, 39 años de edad. Accidente automovilístico 45 días previos a la consulta, TEC con pérdida de conocimiento y contractura paravertebral cervical. La Rx cervical no reveló

alteraciones y el examen neurológico fue normal. Contractura muscular cervical. La IRM evidenció una luxación C7-D1.

Caso 2: paciente masculino, 45 años de edad. Caída de altura 6 meses previos a la consulta. Examen neurológico: parestesias distales bilaterales en MMSS a predominio izquierdo, hipoestesia C3 a D2 izquierda e hipotrofia en MSI a predominio proximal. La IRM objetivó una luxación C6-C7. **Caso 3:** paciente masculino, 47 años de edad. Fijación vía anterior C4-C5, C5-C6 y C6-C7 6 años previos al trauma actual. Accidente automovilístico de 1 mes de evolución. Dolor cervicodorsal y parestesias en últimos dos dedos izquierdos. Al examen se constató paresia leve en MSD. La Rx cervical no reveló patología; sin embargo la IRM puso de manifiesto una luxación C7-D1. **Caso 4:** paciente masculino, 19 años de edad. Politraumatismos en accidente vehicular (motocicleta). Fracturas en ambos miembros superiores y cervicalgias intensas sin irradiación. Rx cervical hasta C6: normal. Tratamiento sintomático. Una semana después continúa con cervicalgias. Nueva Rx hasta C7 normal, continúa con tratamiento sintomático. Luego de 3 semanas: intensificación de las cervicalgias y parestesias en pulpejos de 4º y 5º dedos de mano izquierda. Concorre a nuestro Servicio un mes después una vez diagnosticada por TAC y IRM una luxación C7-D1.

Intervención. La estrategia diseñada fue la siguiente: en ausencia de hernia discal, se abordó por vía posterior, realizando facetectomía uni o bilateral, reducción y fijación. A posteriori se efectuó abordaje anterior con discectomía y fijación. En presencia de hernia discal, se optó por realizar primero discectomía por vía anterior y luego facetectomía uni o bilateral, reducción y fijación por vía posterior, seguido de reapertura y fijación anterior.

Conclusión. Las luxaciones cervicales de diagnóstico tardío representan un desafío terapéutico y requieren, en ocasiones, dos o tres etapas quirúrgicas, en una misma intervención o en dos tiempos quirúrgicos.

Herida por arma de fuego en región lumbosacra

J. FIOLE, C. PURVES, O. MELIS, S. SELLES, J. BOLZANI, M. GREGORI

Objetivo. Realizar la presentación de un paciente con herida de arma de fuego en región lumbosacra con amplio desgarramiento dural que comprometía saco dural anterior y su resolución con los recursos de guardia

Descripción. Paciente de sexo masculino 22 años de edad derivado desde otra institución por herida de arma de fuego en región lumbosacra de 6 hs evolución. Al ingreso el paciente presentaba al examen físico dolor radicular en territorio L5 derecho, pequeño orificio en región paralumbar L5 derecha con salida de escaso material serosanguinolento tipo lavado de carne, discreto déficit motor L5, hipoestesia interglútea y gemelar izquierda sin compromiso esfinteriano. En TAC de columna lumbosacra con reconstrucción sagital se observa lesión de pedículo y lámina derecha con fragmentos óseos en el canal medular y proyectil alojado próximo a carillas articulares contralaterales

Intervención. Se decide cirugía fundamentada por la presencia de dolor radicular, compromiso motor, sospecha de fistula de LCR y la presencia de fragmentos libres en el canal. Se constatan las fracturas sobre láminas y pedículos L5-S1. Se realizan laminectomías L5-S1, se observa duramadre congestiva, desgarrada con amplia brecha que se extiende a región anterior. Se realiza plástica dural utilizando aponeurosis y músculo, se fija con sutura reabsorbible y ante la falta de adhesivo hemostático fisiológico se decide la colocación de cianoacrilato estéril. En el postoperatorio el paciente permanece

en decúbito ventral con tratamiento vía oral con acetazolamida. Al decimosexto día postoperatorio se retiran los puntos, se suspende el tratamiento con acetazolamida y el paciente comienza la deambulacion. Al momento del egreso el paciente no presentaba evidencia de fistula de LCR, sin dolor con hipoestesia interglútea sin compromiso motor ni esfinteriano

Conclusión. A pesar de las descripciones técnicas en cuanto al tratamiento de heridas penetrantes de columna en ocasiones su adecuada resolución resulta dificultosa con los elementos de guardia.

Fracturas toracolumbares: 10 años de seguimiento

P. MARINO, C. FUSTER, M. FERREIRA, J. SALVAT

Objetivo. El trabajo que presentamos reporta la experiencia de los últimos 10 años en el manejo de esta patología en nuestra institución, efectuando la técnica convencional de fijación transpedicular y tratamiento conservador para el manejo de las fracturas de la región toracolumbar.

Descripción. Se evaluaron 20 pacientes con fracturas toracolumbares, 60% hombres y 40% mujeres, con una edad promedio de 40 años. Sobre un total de 20 pacientes, se efectuó tratamiento quirúrgico en 17 y conservador en los restantes 3 (ortesis TLSO). Las vértebras más frecuentemente afectadas fueron T12 y L1, siendo el mecanismo de lesión observado en el mayor porcentaje de los casos las fracturas de tipo A y B (Clasificación AO). Presentaron déficit neurológico el 30% de los pacientes según la escala de Frankel. Se estabilizaron las fracturas y reestablecieron los balances tanto sagital como coronal, sobre la base de la teoría de Dennis de las 3 columnas (1983) y de la clasificación AO de Stanley Gertzbein (1984). Las cirugías realizadas fueron fijación transpedicular más artrodesis con hueso autólogo en todos los casos, en 3 de ellos debió complementarse con un abordaje anterior.

Resultados. Los pacientes con déficit neurológico experimentaron una mejoría postoperatoria en un 50% de los casos. Un paciente luego de 10 años presentó una intercorrenencia infecciosa sobre la instrumentación y ésta debió retirarse, sin afectación de la estabilidad en las imágenes de control. No se observó cifosis de los pacientes tratados, con cirugía u ortesis.

Conclusión: Con la técnica transpedicular se logran mejores reducciones, ya que los tornillos se colocan en las vértebras sanas adyacentes a la lesionada, preservando en consecuencia la movilidad articular en mayor grado. Por otra parte se controla la presentación de deformidades postraumáticas, gracias a la estabilidad biomecánica proporcionada por los tornillos. Por lo tanto el abordaje posterior con artrodesis transpedicular para este tipo de fracturas nos permite en la mayoría de las veces corregir el balance sagital y coronal, restableciendo la estabilidad de la columna; aunque en determinados casos se debe realizar un abordaje anterior para evitar la cifosis postoperatoria y/o mejorar la descompresión del canal lumbar.

MISCELÁNEAS

Derivación siringopleural: presentación de cuatro casos

F. SÁNCHEZ GONZÁLEZ, E. CARRASCO, S. GONZÁLEZ ABBATI, F. CLAR, P. JALÓN, E. ARRIBALZAGA, J.J. MEZZADRI

Objetivo. Describir los resultados en el tratamiento de la siringomielia con una derivación siringopleural.

Descripción. Se revisaron las historias clínicas de 4 mujeres (edad media: 31 años) coniringomielia cervicodorsal, tratadas entre los años 2002 y 2006, cuya etiología fue: idiopática I, Chiari I 2 y Chiari II 1. Todas presentaron signos de mielopatía progresiva. El diagnóstico se realizó con resonancia magnética. En los casos con Chiari se efectuó previamente una descompresión posterior con plástica meníngea. Al no obtenerse mejoría clínica ni en las resonancias de control se decidió realizar una derivación siringopleural.

Intervención. La derivación se realizó entre la porción dorsal de la cavidad siringomiélica y el espacio pleural a nivel de la línea axilar posterior. Todas tuvieron mejoría de sus síntomas y una regresión de la cavidad siringomiélica en la resonancia magnética. La mejoría clínica y de las imágenes duró: en el primer caso sólo 3 meses, en el segundo y cuarto caso hasta la actualidad (36 y 10 meses). En el tercer caso, las imágenes a los 12 meses mostraron, al comenzar con nuevos síntomas de compresión en la fosa posterior, que la derivación seguía permeable; luego de una revisión en la fosa posterior tuvo una muerte súbita en el postoperatorio.

Conclusión. En los casos presentados la derivación siringopleural demostró efectividad para mejorar los síntomas y las imágenes en tres de los cuatro casos.

Monitoreo neurofisiológico intraoperatorio en patología cervical.

R. HERRERA, H. ROJAS, V. FRAGA MACHADO, J. PASTORE, S. LIEN

Objetivo. Describir las distintas modalidades de monitoreo neurofisiológico durante la cirugía de columna.

Material y método. Las modalidades de monitoreo utilizadas fueron potenciales evocados motores y sensitivos. Se presentan como ejemplos: canal estrecho crítico, neurinoma intraespinal C2 y ependimoma intramedular.

Resultados. En todos los casos cuando se observaron alteraciones en los registros intraoperatorios (disminución del 50% de la amplitud o aumento del 10% de la latencia respecto a valores basales del pico P40 por un período mayor de 15 minutos) el cirujano detuvo o modificó la ejecución de las maniobras quirúrgicas. Esto permitió mayor seguridad y ausencia de secuelas postoperatorias.

Conclusión. El monitoreo neurofisiológico intraoperatorio debe ser utilizado por un equipo experimentado y el cirujano debe estar dispuesto a actuar de acuerdo con los hallazgos. Bajo estas circunstancias el monitoreo puede disminuir las complicaciones en casos seleccionados.

Análisis metodológico en resúmenes de trabajos científicos

J.J. MEZZADRI, P. JALÓN

Objetivo. Analizar la calidad metodológica de los resúmenes (RS) de trabajos científicos publicados y presentados en las jornadas de Neurorraquis 2003 a 2006.

Método. Se determinaron el número de RS por jornada y el número de autores por RS. Según el *n* muestral (>5 o <5), los RS se clasificaron en: informe científico (IC) o caso único (CU) respectivamente, sin registro (*n* no informado) y disertaciones (*n*=0). En los IC se analizó el perfil metodológico: *n* muestral, tipo de problema, presencia y conexidad del objetivo, método, resultados y conclusión. En los CU se analizó la presencia y conexidad del objetivo, descripción, intervención y conclusión.

Resultados. Se analizaron 125 RS: 22 en 2003, 27 en 2004, 28 en 2005 y 48 en 2006. El 68,8% (86) se presentaron en forma de CU, el 24% (30) como IC y 7,2% (9) como disertaciones. La media de autores por resumen fue de 3,48. En los IC la media de *n* fue 34,9. En todos los IC los problemas fueron de cuantificación y el diseño fue experimental, longitudinal y retrospectivo. La presentación fue parcial o ausente en: 16,6% de los objetivos, 20% de los métodos, 30% de los resultados y 36% de las conclusiones. No se encontró conexidad entre objetivo-método-resultados-conclusión en un 26,6% de los IC. En los CU, la presentación fue parcial o ausente en: 14% de los objetivos, 12,8% de las descripciones, 14% de las intervenciones y 68,6% de las conclusiones. No se encontró conexidad entre objetivo-descripción-intervención-conclusión en el 34,8%.

Conclusión. La presentación de RS más frecuente fue la de CU. Los IC plantearon problemas de cuantificación y fueron de diseño experimental, longitudinal y retrospectivo. Se encontró conexidad en el 73,4% de los IC y en el 65,2% de los CU.

Hematoma epidural espinal espontáneo

E. D'ANNUNCIO, O. GUTIÉRREZ

Objetivo. Describir un caso de hematoma epidural espontáneo.

Descripción. Paciente de sexo masculino, de 47 años, debuta en forma aguda con impotencia funcional de miembros inferiores sin causa traumática aparente. Examen físico: paraparesia flácida severa, incontinencia esfinteriana, nivel sensitivo D8. La IRM revela imagen biconvexa extradural dorsal al cuerpo vertebral, hipertensiva en T1 y T2 sin captación de gadolinio, a nivel D/-D7-D8 que desplaza anteroposteriormente la médula a predominio de vertiente derecha.

Intervención. Se practicó laminectomía de los niveles comprometidos con evacuación de colección hemática en vertiente anterolateral derecha, sin constatar etiología aparente, con notable mejoría clínica postoperatoria.

Conclusión. El HEEE es una patología poco frecuente. Sin embargo, esta entidad adquiere gran importancia debido al riesgo de déficits neurológicos permanentes que condiciona. La evacuación quirúrgica precoz (menos de 24 horas tras el inicio de la clínica), mediante laminectomía, se presenta como el procedimiento de elección.

Quiste aracnoideo extradural del cono medular

P. LEHRNER, A. MAYER, J. ELVIRA, C. ZANARDI, G. JUNGBERG, J.F. GRUARÍN

Objetivo. Presentación de un caso de quiste aracnoideo del cono medular y con protrusión discal L4-L5 concomitantemente. Revisión bibliográfica de su etiología y comparación con otra entidad conocida como hernia medular idiopática.

Descripción. Se presenta el caso de un paciente masculino de 30 años que consulta por lumbalgia de 3 años de evolución que progresa a lumbociatalgia derecha, con agregado de paresia progresiva de la dorsiflexión del pie derecho. La RNM de columna dorsolumbar evidencia imagen quística a nivel del cono medular y protrusión discal posterolateral a nivel L4-L5. En ateneo del Servicio se decide la exploración de la lesión quística.

Intervención. Se realiza laminectomía D12 y L1. Se constata formación quística en espacio extradural, se procede a la apertura del mismo, no pudiendo objetivarse en ese momento

comunicación con el espacio subaracnoideo. Se decide la apertura dural por línea media con posterior evacuación de LCR. Tras este paso se logra constatar la brecha dural y se observa además una raíz que protruye a través del defecto dural, realizando un fenómeno valvular. Se realizó sutura del defecto dural, maniobra de valsalva que mostró ausencia de fistula de LCR y posterior cierre por planos. Evolución favorable y recuperación del déficit motor.

Conclusión. La clínica del paciente se debería al compromiso de la raíz herniada. El origen de los quistes aracnoideos extradurales se produce por solución de continuidad de la duramadre en la casi totalidad de los trabajos presentados, pudiendo presentar herniación de raíces a través del defecto, diferenciándose de los quistes del compartimento intradural. La hernia medular idiopática comparte la misma fisiopatología, diferenciándose sólo en el tamaño del defecto dural.

Uso del ozono en el dolor originado de la columna vertebral lumbar

M. MASINI, J. HERMIDA

Objetivo. Observar los efectos del tratamiento percutáneo con ozono sobre el dolor originado en la columna vertebral

Material y método. Doscientos veinte pacientes sometidos a la administración percutánea de ozono divididos en tres grupos, los que recibieron ozono intradiscal, foraminal y facetario y epidural. Se les reevaluó 8 días, 1, 3 y 6 meses y un año mediante la escala analógica visual (VAS).

Resultados. Entre el 1 de abril de 2005 y 30 de abril de 2007 se trataron 220 pacientes, de ellos 123 mujeres y 97 varones. Se captaron 54 pacientes en 2005, 125 en 2006 y 41 en 2007. De todos ellos 177 recibieron ozono foraminal y facetario 48 ozonos intradiscal y 8 epidural. Todos los pacientes fueron evaluados clínica y radiológicamente, mediante Rx simple de columna e IRM, para descartar la necesidad de cirugía. Aquellos que por causas particulares no podían ser sometidos a IRM se les evaluó con TAC. La edad promedio de la serie fue de 47 años. La mediana del seguimiento fue de 4.7 meses para un máximo de un año. Los segmentos más tratados fueron L4/L5, L5/S1 tanto para el uso foraminal, como para la aplicación intradiscal. Ochenta y seis por ciento (62 de 72), de los pacientes presentaron una mejoría inmediata mayor a 5 puntos de la escala VAS (100% para el intradiscal y 80% para el facetario), al mes 82% de ellos seguían presentando una mejoría superior a 5 puntos en la escala del VAS, para los 3 y 6 meses la mejoría de 5 puntos o más en la escala VAS era de 74% y 63% respectivamente. Sólo uno (2%) de los pacientes

sometidos a ozono intradiscal debió ser sometido a microdiscectomía luego de un año del tratamiento, mientras que en el grupo de la administración foraminal y facetaria 5 (3%) de ellos requirieron cirugía: uno a los seis meses y 4 al año. Hasta el momento no se han presentado complicaciones atribuibles a los procedimientos con ozono

Conclusión. El porcentaje de éxito tanto para la administración intradiscal como foraminal indica que estos son una excelente opción para el tratamiento del dolor originado en la columna vertebral. Siendo un procedimiento rápido y su técnica sencilla, con un bajo nivel de complicaciones, sería una indicación de primera línea en pacientes de avanzada edad, así como una alternativa inmensamente más económica para pacientes que por su edad y patología de base estaríamos tentados a realizar procedimientos más exigentes desde el punto de vista técnico para el cirujano y con riesgo de mayor morbimortalidad para el paciente.

Pseudomeningocele lumbar como complicación de una hernia de disco extruida en embarazo 12 semanas

H. KOATZ, C PURVES, S. GIUST, P. CARTOLANO,
J. BOLZANI, M. GREGORI.

Objetivo. Realizar la presentación de un pseudomeningocele como complicación infrecuente postdiscectomía lumbar por extrusión discal aguda

Descripción. Paciente de sexo femenino de 28 años de edad que presenta como antecedente discectomía L 4-5 por hernia de disco extruida. Al vigésimo día postoperatorio presenta fistula de líquido cefalorraquídeo por lo que se interna indicándose reposo en decúbito ventral y vendaje compresivo. Se encontraba cursando embarazo de 4 semanas. La fistula se autolimita por lo que se indica egreso y control bisemanal por consultorio externo. A los dos meses comienza con tumoración en región de la herida quirúrgica que se reduce en decúbito ventral con herida seca. La paciente cursaba 8 semanas de embarazo. En IRM de columna lumbar se observa pseudomeningocele L4-5.

Intervención. Se realiza laminectomía L4 observando un gran quiste meníngeo con salida de líquido cefalorraquídeo por brecha dural de aproximadamente 1 cm. Se realiza plástica dural y colocación de injerto de grasa y músculo con adhesivo hemostático fisiológico.

Conclusión. Creemos que la evolución del embarazo y los cambios fisiológicos inducidos por éste facilitaron la falta de respuesta al tratamiento médico del pseudomeningocele y de la fistula de LCR y obligando a la resolución quirúrgica de esta complicación tardía.