

Organizado por
Dr. Javier Vicente Thomas
Hospital Universitario Miguel Servet,
Zaragoza

ZARAGOZA, 6 Y 7 DE JUNIO DE 2008

GEER

XXII CONGRESO
NACIONAL DE LA
SOCIEDAD PARA
EL ESTUDIO DE LAS
ENFERMEDADES
DEL RAQUIS

PROGRAMA DEFINITIVO
COMUNICACIONES ORALES-COMUNICACIONES PÓSTERES

GEER



CARTA DE BIENVENIDA

Zaragoza, junio 2008

Estimados compañeros:

En nombre del Comité Organizador, os doy mi más cordial bienvenida al XXII Congreso Nacional de la Sociedad para el Estudio de las Enfermedades del Raquis (GEER). Disfrutaremos de un programa atractivo e interesante, avalado por el alto nivel de las comunicaciones científicas que se van a presentar durante el Congreso, y que va aumentando año tras año.

Estamos muy ilusionados con la celebración de este evento en Zaragoza, aún más cuando está tan cercana la Exposición Internacional que comenzará el 14 de junio. Deseamos que durante estos días podáis disfrutar de todos los encantos de nuestra ciudad y os encontréis como en casa. Además de la oferta científica del Congreso, la oferta turística que ofrece nuestra ciudad es muy sugerente.

Zaragoza es una ciudad emergente que se quiere promocionar como uno de los destinos a tener en cuenta para ser visitado. El desarrollo de nuestra ciudad se puede observar en todos los sentidos: urbanismo, cultura, hostelería, comunicaciones, etc. Y el carácter abierto y hospitalario de nuestras gentes nos invita a compartirlo.

Queremos agradecer muy especialmente la asistencia y participación de los ponentes y moderadores; así como a todos los congresistas en general.

Por último y no por ello menos importante agradecer a todas las empresas que han colaborado con el Congreso y que un año más nos han ayudado a llevar a feliz término el mismo.

Bienvenidos y un fuerte abrazo,



Dr. Javier Vicente Thomas
Presidente Comité Organizador

INTRODUCCIÓN

La ciudad española de Zaragoza es la capital de la Comunidad Autónoma de Aragón y de la provincia de Zaragoza. Es la quinta ciudad española en población. Su nombre actual procede del antiguo topónimo romano, Caesar Augusta, nombre que el emperador Caesar Augusto dio a su ciudad en el 24 ad.C., este nombre llegó a nuestros días a través del árabe Saraqosta. Está a orillas de los ríos Ebro, Huerva y Gállego y del Canal Imperial de Aragón, en el centro de un amplio valle.

Su privilegiada situación geográfica a unos 300 km de Madrid, Barcelona, Valencia, Bilbao y Toulouse la convierte en un importante nudo de comunicaciones.

La ciudad ostenta los títulos de Muy Noble, Muy Leal, Muy Heroica, Muy Benéfica, Siempre Heroica e Inmortal, otorgados tras su resistencia frente al ejército napoleónico en los sitios de Zaragoza durante la Guerra de la Independencia.

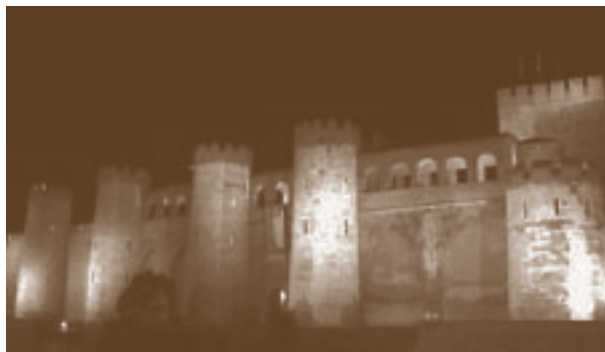
Celebra su fiesta mayor en honor a la Virgen del Pilar el 12 de octubre.

Entre el 14 de junio y el 14 de septiembre de 2008, año del bicentenario de la destrucción de la ciudad en los Sitios de Zaragoza y centenario de la exposición Hispano-Francesa de 1908, Zaragoza acogerá la exposición internacional Expo Zaragoza 2008 dedicada al agua y el desarrollo sostenible.

Zaragoza tiene un clima mediterráneo continental semidesértico, que es el propio de la depresión del Ebro. Los inviernos son frescos siendo normales las heladas y las nieblas que produce la inversión térmica en los meses de diciembre y enero. Los veranos son cálidos superando frecuentemente los 30 °C e incluso rozando los 40 °C algunos días.

Está comunicada con Barcelona, Madrid, Bilbao y Huesca mediante autovías y autopistas. La autovía Mudéjar, en ejecución, la comunicará con Valencia y con Francia a través del túnel del Somport. El aeropuerto de Zaragoza está experimentando en el tema aéreo un fuerte crecimiento.

Zaragoza es una ciudad bimilenaria por la que han pasado la práctica totalidad de las civilizaciones que han dominado la Península Ibérica y de las que quedan restos y monumentos, a pesar del destructivo efecto que tuvieron para el patrimonio arquitectónico los sitios que padeció durante la Guerra de la Independencia.



Los tres principales lugares de interés son:

La Catedral-Basílica de Nuestra Señora de El Pilar, constituye el templo barroco más grande de España. En su interior destacan los frescos de Goya y Francisco Bayeu, entre otros. Asimismo alberga grandes obras de arte como el Retablo del Altar Mayor de Damián Forment, la sillería del coro del siglo XVI, y la Santa Capilla, obra del barroco español del siglo XVIII.

La Catedral del Salvador (La Seo), recientemente restaurada y mezcla de estilos románico, gótico, mudéjar y barroco está construida sobre los restos de la mezquita de época musulmana y ésta, a su vez, sobre un templo romano. Sobresale del exterior: el cimborrio, el ábside, y muro mudéjar, declarados Patrimonio Mundial de la Humanidad por la UNESCO, y la torre barroca. El interior es un auténtico museo de arte e historia: el retablo gótico del altar mayor, el órgano, el coro, el conjunto de capillas renacentistas y barrocas o el impresionante Museo de Tapices son algunos ejemplos.

El Palacio de la Aljafería: construcción árabe que fue palacio del rey Al-Muqtadir de la taifa de Saraqusta en el siglo XI. También lo utilizaron algunos reyes de Aragón como Pedro IV el Ceremonioso y Fernando el Católico, entre otros. Posteriormente se le dio uso como sede de la Inquisición y hoy lo es de las Cortes de Aragón. Destacan en él el patio rodeado de arcos de herradura entrelazados con yeserías, el mihrab, y la planta superior, de factura renacentista, con la gran escalera de acceso y el salón del trono.

¿QUÉ ES EL GEER?

GEER es el acrónimo de Grupo de Estudio de Enfermedades del Raquis. El porqué de esta sociedad hay que buscarlo en sus orígenes. Fue creado oficialmente en marzo de 1994, así consta en el registro del Ministerio del Interior, aunque se aprobó el cambio de nombre en la asamblea general extraordinaria del 6 de junio de 1992, en el congreso de Valencia. Pero no nació de la nada, sino del cambio de denominación de otra sociedad que se llamaba GIEDER, que había sido creada varios años antes. En efecto, el GIEDER, Grupo Ibérico de Estudio de Deformidades del Raquis fue inscrito en el Ministerio del Interior en marzo de 1983.

Año	Congreso
1986	I Congreso Nacional celebrado en Pamplona
1987	II Congreso Nacional celebrado en Madrid
1988	III Congreso Nacional celebrado en Tenerife
1989	IV Congreso Nacional celebrado en Madrid
1990	V Congreso Nacional celebrado en Barcelona
1991	VI Congreso Nacional celebrado en Zaragoza
1992	VII Congreso Nacional celebrado en Valencia
1993	VIII Congreso Nacional celebrado en Marbella. Málaga
1994	IX Congreso Nacional celebrado en Marbella. Málaga
1995	III Congreso Internacional Hispanoamericano celebrado en Sevilla
1996	X Congreso Nacional celebrado en Palma de Mallorca
1997	XI Congreso Nacional celebrado en Barcelona
1998	XII Congreso Nacional celebrado en Murcia
1999	XIII Congreso Nacional celebrado en Gijón. Asturias
2000	XIV Congreso Nacional celebrado en Gran Canaria
2001	XV Congreso Nacional celebrado en Madrid
2001	VI Congreso Iberolatinoamericano celebrado en Madrid
2002	XVI Congreso Nacional celebrado en Córdoba
2003	XVII Congreso Nacional celebrado en Vigo
2004	XVIII Congreso Nacional celebrado en Lanzarote
2005	XIX Congreso Nacional celebrado en Vitoria. Álava
2006	XX Congreso Nacional celebrado en Valladolid
2007	XXI Congreso Nacional celebrado en Santander
2007	IX Congreso Iberolatinoamericano celebrado en Santander
2008	XXII Congreso Nacional a celebrar en Zaragoza
2009	XXIII Congreso Nacional a celebrar en Las Palmas de Gran Canaria

JUNTA DIRECTIVA GEER

Presidente

DR. JOAN BAGÓ GRANELL

Vicepresidente

DR. ILDEFONSO GONZÁLEZ BARRIOS

Secretario

DR. BARTOLOMÉ MARCH MARTÍNEZ

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente

DR. JAVIER VICENTE THOMAS

Vocales

DR. JOAQUÍN GÓMEZ PERÚN

DR. ANTONIO LOSTE RAMOS

DR. JOSÉ VICENTE MARTÍNEZ QUIÑONES

DR. JUAN CARLOS RODRÍGUEZ OLAVERRI

DR. JAVIER RODRÍGUEZ VELA

DR. ENRIQUE SUÑEN SÁNCHEZ

DR. ANTONIO TABUENCA SÁNCHEZ

COMITÉ CIENTÍFICO

DR. JOAN BAGÓ GRANELL
DR. ILDEFONSO GONZÁLEZ BARRIOS
DR. ÁNGEL HIDALGO OVEJERO
DR. ENRIQUE IZQUIERDO NÚÑEZ
DR. BARTOLOMÉ MARCH MARTÍNEZ
DR. JAVIER RODRÍGUEZ VELA
DR. FCO. JAVIER SÁNCHEZ PÉREZ-GRUESO
DR. JAVIER VICENTE THOMAS
DR. CARLOS VILLAS TOMÉ

EXPRESIDENTES GEER

PROFESOR D. FRANCISCO GOMAR GUAMER (†)
DR. D. JOSÉ ANDRÉS FERNÁNDEZ DE VALDERRAMA DE LA ESCALERA (†)
DR. D. JOSÉ LUIS BAS CONESA
DR. D. JOSÉ LUIS BEGUIRISTAIN GURPIDE
DR. D. CARLOS VILLANUEVA LEAL
DR. D. IGNACIO ARIENZA BLANCO
DR. D. CÉSAR SEBASTIÁN BUENO
DR. D. FERNANDO FERNÁNDEZ MANCILLA
DR. D. ROBERTO DEGLANÉ MENESES
DR. D. DAVID MORETA MUNUJOS
DR. D. FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ PÉREZ-GRUESO
DR. D. ENRIQUE IZQUIERDO NÚÑEZ

RELACIÓN DE MODERADORES Y PONENTES

MODERADORES

Bagó Granell, Joan	March Martínez, Bartolomé
Bas Conesa, José Luis	Mhaidli Hamdan, Hani
Bas Hermida, Teresa	Moreta Munujos, David
Burgos Flores, Jesús	Pellisé Urquiza, Ferrán
Cáceres Palou, Enric	Pérez Tierno, Santos
Deglané Meneses, Roberto	Rodríguez de la Rúa, Julio
Fernández de Rota Avecilla, Juan José	Rodríguez Vela, Javier
Fernández Mancilla, Fernando	Sánchez Pérez-Grueso, Francisco Javier
González Barrios, Ildefonso	Ventura Gómez, Norberto
Hidalgo Ovejero, Ángel	Villanueva Leal, Carlos
Izquierdo Núñez, Enrique	Villas Tomé, Carlos

PONENTES COMUNICACIONES ORALES

Abad Satorres, Rosa	García Martín, Azucena
Aguilar Fernández, Lluís	García Menéndez, Constantino
Álvarez Galovich, Luis	García Nuño, Laura
Álvarez González, Patricia	Hernández Esteban, Pablo
Bagó Granell, Joan	Hernández Fernández, Alberto
Barrios Pitarque, Carlos	Iftimie, Petrea
Blanco Blanco, Juan Francisco	Krämer, Robert
Burgos Flores, Jesús	Martínez González, Carmen
Cabello Gallardo, Juan	Matamalas Adrover, Antonia
Coll Mesa, Luis	Méndez García, Mario
Doménech Fernández, Pedro	Monegal Ávila, Alex
Duart Clemente, Julio	Navarro Navarro, Ricardo
Femenias Rosselló, Juan Miguel	Pellisé Urquiza, Ferran
Fernández González, Manuel	Pino Mínguez, Jesús
Fernández Varela, Tito	Pizones Arce, Javier
Ferraris, Luis	Plasencia Arriba, Miguel Ángel
Fuster Obregón, Salvador	Regidor Bailly-Bailliere, Ignacio

Sacramento Domínguez, Cristina
Sánchez Raya, Judith
Soler Algarra, Susana
Tomé Bermejo, Félix

Valverde García, José Antonio
Ventura Gómez, Norberto
Villar Pérez, Julio
Zúñiga Gómez, Lorenzo

PONENTES COMUNICACIONES PÓSTERES MURALES

Abellán Guillén, Juan Francisco
Barrio Sanz, Patricia
Beguiristain Gurpide, José Luis
Castrillo Amores, Miguel Ángel
Escala Arnau, Joan Salvador
Faour Martín, Omar
Fustero de Miguel, David
González-Arabio Sandoval, Daniel
Grau Escarre, Albert
Hernández Fernández, Alberto
Hidalgo Ovejero, Ángel
Laguna Bercero, Esther

Llabres Comamala, Marcelino
Lombao Iglesias, Domingo
Lorente Muñoz, Asis
Matas Pareja, Mariano
Morales Codina, Ana María
Morera Domínguez, Carles
Pérez Núñez, María Isabel
Raventós Paucirerol, Joaquín
Riquelme García, Óscar
Urdaneta Toboso, Ivonne
Velázquez Fragoso, Juan José

PONENTES COMUNICACIONES PÓSTERES ELECTRÓNICOS

Batalla Gurrea, Lledo
Díez Ulloa, Máximo Alberto
Hidalgo Ovejero, Ángel
Izal Miranda, David
Martínez Quiñones, José Vicente

Molina Ros, Antonio
Monegal Ávila, Alejandro
Rovira Gutiérrez, Manuel
Sánchez Hernández, Natalia

ÍNDICE

Carta de bienvenida.....	1
Introducción	2
¿Qué es el GEER?	4
Junta Directiva GEER	5
Comité Organizador.....	5
Comité Científico	6
Expresidentes GEER.....	6
Relación de moderadores y ponentes	7
Índice	9
Programa científico.....	10
Programa social para congresistas.....	27
Programa social para acompañantes	28
Información general	29
Otros hoteles recomendados por la organización.....	32
Ubicación de los stands	33
Empresas colaboradoras	35
Transportista oficial (Iberia y Renfe).....	36
Agradecimientos.....	38
Comunicaciones Orales.....	39
Comunicaciones Pósteres Murales	95
Comunicaciones Pósteres Electrónicos	128

PROGRAMA CIENTÍFICO

JUEVES, 05 DE JUNIO DE 2008

16:00-19:00 h Entrega de documentación

20:30 h Cóctel de bienvenida. NH Gran Hotel
(Salida caminando a las 20:15 horas desde los hoteles oficiales)

VIERNES, 06 DE JUNIO DE 2008
SESIÓN DE MAÑANA

8:00 h Inauguración

1ª MESA REDONDA: ESCOLIOSIS I

Moderadores:

Dr. Pérez Tierno, Santos

Dr. Sánchez Pérez-Grueso, Francisco Javier

8:15 h *Comunicación Oral Nº 1*

ESCOLIOSIS TORACOGÉNICAS

Primer Autor: García Martín, Azucena

Centro de Trabajo: Hospital Gregorio Marañón, Madrid

Resto de Autores: Riquelme García, Óscar Gabriel; González López, José Luis; Martínez Serrano, Ana María.

Centro de Trabajo: Hospital Gregorio Marañón, Madrid

8:22 h *Comunicación Oral Nº 2*

ESTUDIO COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE FIJACIÓN SEGMENTARIA (CABLE SUBLAMINAR) VERSUS TORNILLOS PEDICULARES EN LA DISTROFIA MUSCULAR PROGRESIVA TIPO DUCHENNE (D.M.P.D.)

Primer Autor: Ventura Gómez, Norberto

Centro de Trabajo: Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona

Resto de Autores: Ey Batlle, Anna; Navarro Balbuena, Ramón

Centro de Trabajo: Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona

8:29 h *Comunicación Oral Nº 3*

ARTRODESIS INSTRUMENTADA POR VÍA ANTERIOR CON PRESERVACIÓN PARCIAL DE LA HEMIVÉRTEBRA, PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESCOLIOSIS CONGÉNITA EN NIÑOS PEQUEÑOS

Primer Autor: Tomé Bermejo, Félix

Centro de Trabajo: Hospital Virgen de la Salud, Toledo

Resto de Autores: Garrido, Enrique¹; Morley, Timothy Rowland²; Tucker, Stewart K.¹; Noordeen, H M Hilali¹

Centros de Trabajo: ¹Great Ormond Street Hospital, Londres, Inglaterra;

²Royal National Orthopaedic Hospital, Stanmore, Londres, Inglaterra

8:36 h

Comunicación Oral N° 4

RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ESCOLIOSIS EN PACIENTES AFECTOS DE ATROFIA ESPINAL MUSCULAR TIPO II (A.S.M.). A PROPÓSITO DE 40 CASOS

Primer Autor: Ventura Gómez, Norberto

Centro de Trabajo: Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona

Resto de Autores: Ey Batlle, Anna; Navarro Balbuena, Ramón

Centro de Trabajo: Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona

8:43 h

Comunicación Oral N° 5

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA PARÁLISIS CEREBRAL UTILIZANDO TORNILLOS PEDICULARES

Primer Autor: Burgos Flores, Jesús

Centro de Trabajo: Hospital Ramón y Cajal, Madrid

Resto de Autores: Hevia Sierra, Eduardo¹; Sampera Trigueros, Ignacio²;

Olaberri, Juan Carlos³; Barrios Pitarque, Carlos⁴; Domenech Fernández,

Pedro⁵; Piza Vallespir, Gabriel²; Riquelme García, Óscar⁶

Centros de Trabajo: ¹Hospital La Fraternidad, Madrid; ²Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca; ³Hospital de Brooklin, New York-USA; ⁴Unidad de Traumatología, Facultad de Medicina de Valencia; ⁵Hospital General Universitario, Alicante; ⁶Hospital Gregorio Marañón, Madrid

8:50 h

Discusión

2ª MESA REDONDA: LUMBAR I

Moderadores:

Dr. Bagó Granell, Joan

Dr. Rodríguez Vela, Javier

9:13 h

Comunicación Oral N° 6

DOLOR LUMBAR DEL ADOLESCENTE. ¿ES PEOR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL?

Primer Autor: Pellisé Urquiza, Ferran

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

Resto de Autores: García Fontecha, César G.¹; Balagué, Federico²; Aguirre,

Mario¹; Rajmil, Luis³; Ferrer, Montse⁴

Centros de Trabajo: ¹Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona;

²Hospital Cantonal, Friburgo; ³Agencia Avaluació Tecnologia i Recerca Medica; ⁴IMIM, Barcelona

9:20 h

Comunicación Oral N° 7

¿SON INTERCAMBIABLES LA ESCALA EVA Y LAS ESCALAS CATEGÓRICAS EN LA VALORACIÓN DEL DOLOR LUMBAR?

Primer Autor: Matamalas Adrover, Antonia

Centro de Trabajo: Hospital del Mar, Barcelona

Resto de Autores: Ramírez Valencia, Manuel; Molina Ros, Antoni; Saló Bru,

Guillem; Lladó Blanch, Andreu; García de Frutos, Ana Clara; Cáceres Palou, Enric

Centro de Trabajo: Hospital del Mar, Barcelona

9:27 h

Comunicación Oral Nº 8

DETERMINACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE LAS EXPECTATIVAS Y EL DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA POR PATOLOGÍA LUMBAR DEGENERATIVA

Primer Autor: Abad Satorres, Rosa

Centro de Trabajo: Hospital del Mar, Barcelona

Resto de Autores: Ramírez Valencia, Manuel; Saló Bru, Guillem;

García de Frutos, Ana Clara; Molina Ros, Antonio; Lladó Blanch, Andreu;

Cáceres Palou, Enric

Centro de Trabajo: Hospital del Mar, Barcelona

9:34 h

Comunicación Oral Nº 9

CONCORDANCIA ENTRE OSWESTRY, SF12 Y EVA EN LA VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL DOLOR LUMBAR

Primer Autor: Villar Pérez, Julio

Centro de Trabajo: Hospital de León

Resto de Autores: Grupo Xia de España (Fernández González, Manuel¹; Villar

Pérez, Julio¹; López-Sastre Núñez, Antonio¹; Hernández Encinas, José¹; Betegón

Nicolás, Jesús¹; Orovio Elizaga, Javier²; Fuentes Caparrós, Simón³; Álvarez

Galovich, Luis⁴; Areta Jiménez, Javier⁵; Fernández Carreira, José Manuel⁶)

Centros de Trabajo: ¹Hospital de León; ²Hospital General de Cataluña;

³Hospital Reina Sofía, Córdoba; ⁴Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid;

⁵Hospital de La Defensa, Madrid; ⁶Hospital San Agustín, Avilés

9:41 h

Comunicación Oral Nº 10

ESTUDIO COMPARATIVO EN LOS CAMBIOS EN EL ESTADO GENERAL DE SALUD EN PACIENTES OPERADOS DE PTC, PTR Y ARTRODESIS LUMBAR

Primer Autor: Álvarez Galovich, Luis

Centro de Trabajo: Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid

Resto de Autores: Orovio de Elizaga, Javier¹; Villar Pérez, Julio²; Fernández

González, Manuel²; Fernández Carreira, José Manuel³; Grupo Xia; Grupo

Scorpio; Grupo Trident

Centros de Trabajo: ¹Hospital General de Cataluña; ²Complejo Hospitalario

de León; ³Hospital de Avilés

9:48 h

Discusión

3ª MESA REDONDA: MONITORIZACIÓN

Moderadores:

Dra. Bas Hermida, Teresa

Dr. Ventura Gómez, Norberto

10:11 h

Comunicación Oral Nº 11

FIABILIDAD DE LA MONITORIZACIÓN NEUROFISIOLÓGICA DE LOS TORNILLOS PEDICULARES TORÁCICOS. ESTUDIO EXPERIMENTAL Y CLÍNICO

Primer Autor: Burgos Flores, Jesús

Centro de Trabajo: Hospital Ramón y Cajal, Madrid

Resto de Autores: De Blas Beorlegui, Gema¹; Regidor, Ignacio¹; García

Urquiza, Sergio¹; Hevia Sierra, Eduardo²; Barrios Pitarque, Carlos³; Montes,

Elena¹; Lebrato, Nora¹

Centros de Trabajo: ¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid; ²Hospital La Fraternidad, Madrid; ³Unidad de Traumatología, Facultad de Medicina de Valencia

10:18 h

Comunicación Oral Nº 12

DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN DE LAS LESIONES NEUROLÓGICAS RELACIONADAS CON LOS TORNILLOS PEDICULARES TORÁCICOS EN LA CIRUGÍA DE LA ESCOLIOSIS

Primer Autor: Regidor Bailly-Bailliere, Ignacio

Centro de Trabajo: Hospital Ramón y Cajal, Madrid

Resto de Autores: García Urquiza, Sergio; De Blas Beorlegui, Gema; Montes,

Elena; Pérez-Caballero, César; Burgos Flores, Jesús

Centro de Trabajo: Hospital Ramón y Cajal, Madrid

10:25 h

Comunicación Oral Nº 13

RESULTADOS DE LA MONITORIZACIÓN NEUROFISIOLÓGICA EN 162 CIRUGÍAS DE COLUMNA VERTEBRAL

Primer Autor: Méndez García, Mario

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

Resto de Autores: González Barrios, Ildefonso; Ávila Jurado, Matías; Fuentes

Caparrós, Simón; Gavilán, Isidro

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

10:32 h

Comunicación Oral Nº 14

MONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA MULTIMODAL DURANTE LA CIRUGÍA DE COLUMNA CERVICAL

Primer Autor: Soler Algarra, Susana

Centro de Trabajo: Hospital La Fe, Valencia

Resto de Autores: López, Antonio; Bas Hermida, Teresa; Bas Hermida,

Paloma; Salas, Andrés; Vilela Soler, Concha; Álvarez Garijo, José Andrés;

Beneto Pascual, Antonio

Centro de Trabajo: Hospital La Fe, Valencia

10:39 h

Discusión

10:55 h

Pausa-café. Visita a exposición comercial

4ª MESA REDONDA: ESCOLIOSIS II

Moderadores:

Dr. Bas Conesa, José Luis

Dr. González Barrios, Ildefonso

11:25 h

Comunicación Oral Nº 15

Opta a premios
de mejores
comunicaciones
orales

GUÍA PARA SELECCIONAR NIVELES DE ARTRODESIS EN EIA. CLASIFICACIÓN EKM

Primer Autor: Hernández Esteban, Pablo

Centro de Trabajo: Hospital La Paz, Madrid

Resto de Autores: Piñera Parrilla, Ángel Ramón¹; García Fernández, Alfredo²;

Fernández-Baillo, Nicomedes²; Sánchez Pérez-Grueso, F. Javier²

Centros de Trabajo: ¹Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife; ²Hospital La Paz, Madrid

11:32 h

Comunicación Oral Nº 16

CONCORDANCIA INTRA OBSERVADOR Y ENTRE OBSERVADORES DEL ÁNGULO DE CIFOSIS PROXIMAL MEDIDO UNA VÉRTEBRA Y DOS VÉRTEBRAS POR ENCIMA DE LA ÚLTIMA VÉRTEBRA INSTRUMENTADA SUPERIOR

Primer Autor: Sacramento Domínguez, Cristina

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife

Resto de autores: Coll Mesa, Luis; Vayas Díez, Raquel; Piñera Parrilla, Ángel

Ramón; Pérez García, Eva

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife

11:39 h

Comunicación Oral Nº 17

DOBLE ABORDAJE O ABORDAJE POSTERIOR ÚNICO CON TORACOPLASTIA DE CONCAVIDAD EN ESCOLIOSIS TORÁCICA DE MÁS DE 60 GRADOS

Primer Autor: Ferraris, Luis

Centro de Trabajo: German Scoliosis Center der Werner-Wicker-Klinik, Bad Wildungen/Reinhardshausen, Alemania

Resto de Autores: Hempfing, Axel; Meier, Oliver

Centro de Trabajo: German Scoliosis Center der Werner-Wicker-Klinik, Bad Wildungen/Reinhardshausen, Alemania

11:46 h

Comunicación Oral Nº 18

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE MEDIANTE INSTRUMENTACIÓN POSTERIOR HÍBRIDA

Primer Autor: Navarro Navarro, Ricardo

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria

Resto de Autores: Navarro García, Ricardo; Martín García, Félix; Chirino Cabrera, Airam

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria

11:53 h

Comunicación Oral Nº 19

CORRECCIÓN DE LAS ESCOLIOSIS IDIOPÁTICAS TORACOLUMBARES (LENKE 5) CON INSTRUMENTACIÓN POSTERIOR

Primer Autor: Zúñiga Gómez, Lorenzo

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Getafe, Madrid

Resto de Autores: Álvarez González, Patricia; Pizones Arce, Javier; Sánchez-Mariscal Díaz, Felisa; Gómez Rice, Alejandro; Izquierdo Núñez, Enrique

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Getafe, Madrid

12:00 h

Discusión

5ª MESA REDONDA: LUMBAR II

Moderadores:

Dr. Hidalgo Ovejero, Ángel

Dr. Pellisé Urquiza, Ferrán

12:23 h

Comunicación Oral Nº 20

ARTRODESIS CERVICAL POSTERIOR CON TORNILLOS EN MASAS LATERALES: ANÁLISIS CON T.A.C

Primer Autor: Fernández Varela, Tito

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

Resto de Autores: Mhaidli Hamdan, Hani; Lorenzo Rivero, José; Montesdeoca Ara, Arturo; Díaz de Atauri Bosch, Jaime; Vega Layun, Diego

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

12:30 h

Comunicación Oral Nº 21

CAPACIDAD DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PARA LA SELECCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A DENERVACIÓN PERCUTÁNEA LUMBAR POR RADIOFRECUENCIA (RIZOLISIS) QUE PADECEN DOLOR LUMBAR CRÓNICO DE ORIGEN FACETARIO

Primer Autor: Tomé Bermejo, Félix

Centro de Trabajo: Hospital Virgen de la Salud, Toledo

Resto de Autores: Barriga Martín, Andrés

Centro de Trabajo: Centro Nacional de Paraplégicos de Toledo

12:37 h

Comunicación Oral Nº 22

¿EXISTEN FACTORES DETERMINANTES DE RESULTADOS DE LA FUSIÓN EN LA ENFERMEDAD DEGENERATIVA DISCAL LUMBAR?

Primer Autor: Fernández González, Manuel

Centro de Trabajo: Hospital de León

Resto de Autores: Grupo Xia de España (Fernández González, Manuel¹; Villar Pérez, Julio¹; López-Sastre Núñez, Antonio¹; Hernández Encinas, José¹; Betegón Nicolás, Jesús¹; Orovio Elizaga, Javier²; Fuentes Caparrós, Simón³; Álvarez Galovich, Luis⁴; Areta Jiménez, Javier⁵; Fernández Carreira, José Manuel⁶)

Centros de Trabajo: ¹Hospital de León; ²Hospital General de Cataluña;³Hospital Reina Sofía, Córdoba; ⁴Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid;⁵Hospital de La Defensa, Madrid; ⁶Hospital San Agustín, Avilés

12:44 h

Comunicación Oral Nº 23

Opta a premios
de mejores
comunicaciones
orales

EVALUACIÓN DE LA FUSIÓN EN ARTRODESIS LUMBAR POSTERO-LATERAL UTILIZANDO UNA MATRIZ DE COLÁGENO-HIDROXIAPATITA CON ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA

Primer Autor: García Menéndez, Constantino

Centro de Trabajo: Hospital de Cabueñes, Gijón

Resto de Autores: Acebal Cortina, Gonzalo; Suárez Suárez, Miguel Ángel;

Moro Barrero, Luis; Iglesias Colao, Roberto; Murcia Mazón, Antonio

Centro de Trabajo: Hospital de Cabueñes, Gijón

12:51 h

Comunicación Oral Nº 24

DOLOR RADICULAR TRAS FUSIÓN LUMBAR INTERSOMÁTICA TRANSFORAMINAL (TLIF)

Primer Autor: Duart Clemente, Julio

Centro de Trabajo: Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona

Resto de Autores: Alfonso Olmos, Matías; Vázquez, Blanca; Valentí Azcarate,

Andrés; Villas Tomé, Carlos

Centro de Trabajo: Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona

12:58 h

Comunicación Oral Nº 25

INFECCIÓN TARDÍA EN ARTRODESIS LUMBARES INSTRUMENTADAS

Primer Autor: Plasencia Arriba, Miguel Ángel

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid

Resto de Autores: Maestre García, Carmen

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid

13:05 h

Discusión

13:30 h

Almuerzo de trabajo. Hotel Palafox

VIERNES, 06 DE JUNIO DE 2008
SESIÓN DE TARDE

6ª MESA REDONDA: FRACTURAS

Moderadores:

Dr. March Martínez, Bartolomé

Dr. Rodríguez de la Rúa, Julio

15:15 h

Comunicación Oral Nº 26

FRACTURAS VERTEBRALES TÓRACO-LUMBARES TIPO ESTALLIDO. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO MEDIANTE INSTRUMENTACIÓN CORTA INCLUYENDO LA VÉRTEBRA FRACTURADA

Primer Autor: Iftimie, Petrea

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona

Resto de Autores: Marsoll Puig, Ana; Huguet Comelles, Ramón; Escala Arnau, Joan; Giné, Josep

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona

15:22 h

Comunicación Oral Nº 27

EFICACIA DE LA INSTRUMENTACIÓN PEDICULAR SEGMENTARIA CORTA EN LA REDUCCIÓN Y CONTENCIÓN DE LAS FRACTURAS ESTALLIDO DE LA CHARNELA TÓRACO-LUMBAR

Primer Autor: Hernández Fernández, Alberto

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

Resto de Autores: Pellisé Urquiza, Ferran; Reynier, Mariano; Batalla, Lledó; Amat, Carlos; Bagó Granell, Joan; Villanueva Leal, Carlos

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

15:29 h

Comunicación Oral Nº 28

RESULTADO FUNCIONAL, CALIDAD DE VIDA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS TORACOLUMBARES

Primer Autor: García Nuño, Laura

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona

Resto de Autores: Matas Pareja, Mariano; Abarca, Javier; Ubierna Garces, María Teresa; Iborra González, Miquel; Cavanilles Walker, José M.^a; Roca Burniol, Jaume; Aparicio, Pilar

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona

15:36 h

Comunicación Oral Nº 29

INSTRUMENTACIÓN SIN ARTRODESIS DE LAS FRACTURAS VERTEBRALES DE LA CHARNELA TORACOLUMBAR. REVISIÓN Y RESULTADOS

Primer Autor: Femenias Rosselló, Juan Miguel

Centro de Trabajo: Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca

Resto de Autores: Ripoll Estela, Guillermo; Llabrés Comamala, Marcelino; Jurado Serrano, Pablo; Rubí Jaume, Miguel

Centro de Trabajo: Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca

- 15:43 h **Discusión**
- 16:00 h **Fin de jornada**
- 16:15 h **Asamblea GEER**
- 21:30 h **Cena de clausura. Finca “La Quinta”**
(Salida en autocar a las 21:00 horas desde los hoteles oficiales)

SÁBADO, 07 DE JUNIO DE 2008

7ª MESA REDONDA: COMUNICACIONES PÓSTERES

Moderadores:

Dr. Fernández de Rota Avecilla, Juan José

Dr. Fernández Mancilla, Fernando

8:00 h *Comunicación Póster Electrónico N° 1*

**CASO CLÍNICO: SÍNDROME MENÍNGEO Y SÍNDROME DE COLA DE CABALLO-
CIRUGÍA LUMBAR POR HERNIA DISCAL-HEMATOMA SUBARACNOIDEO**

Primer Autor: Molina Ros, Antonio

Centro de Trabajo: Hospital del Mar, IMAS, Barcelona

Resto de Autores: Abad Satorres, Rosa; García de Frutos, Ana; Llado Blanch, Andreu; Ramírez Valencia, Manuel; Saló Bru, Guillem; Cáceres Palou, Enric

Centro de Trabajo: Hospital del Mar, IMAS, Barcelona

8:05 h *Comunicación Póster Mural N° 2*

**RELACIÓN ENTRE DISCAPACIDAD Y ÁREA DE CANAL RAQUÍDEO EN PA-
CIENTES CON ESTENOSIS DE CANAL LUMBAR**

Primer Autor: Lombao Iglesias, Domingo

Centro de Trabajo: Hospital Xeral-Calde, Lugo

Resto de Autores: Medina Romera, Manuel¹; Pellisé Urquiza, Ferrán²

Centros de Trabajo: ¹Hospital Xeral-Calde, Lugo; ²Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona

8:10 h *Comunicación Póster Mural N° 3*

**INSTRUMENTACIONES CERVICALES POSTERIORES INCLUYENDO TORNI-
LLOS TRANSLAMINARES EN C2**

Primer Autor: Hernández Fernández, Alberto

Centro de Trabajo: Hospital Vall d'Hebrón, Unidad de Raquis, Barcelona

Resto de Autores: Orellana Gómez-Rico, Adolfo; Casamitjana Ferrándiz, José Manuel

Centro de Trabajo: Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona

8:15 h

Comunicación Póster Mural Nº 5

SÍNDROME DE CONO MEDULAR EN GESTANTE CON CARCINOMA DE MAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Primer Autor: Morales Codina, Ana María

Centro de Trabajo: Hospital de Sabadell (CSPT), Barcelona

Resto de Autores: Casas Balazote, Ana Belén¹; García Casas, Óscar²; Esteban Navarro, Pedro Luis²; Salomó Doménech, Mónica²; Girvent Montllor, Francesc²

Centros de Trabajo: ¹Hospital del Mar i l'Esperança; ²Hospital de Sabadell (CSPT), Barcelona

8:20 h

Comunicación Póster Mural Nº 9

TUBERCULOSIS VERTEBRAL EN NIÑO DE 3 AÑOS TRATADA MEDIANTE LIMPIEZA QUIRÚRGICA Y ARTRODESIS CIRCUNFERENCIAL. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO

Primer Autor: Riquelme García, Óscar

Centro de Trabajo: Sección de Traumatología y Ortopedia Infantil, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Resto de Autores: Torre Pérez, Óscar; García Martín, Azucena; González López, José Luis

Centro de Trabajo: Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

8:25 h

Comunicación Póster Mural Nº 28

CIFOPLASTIA CON BALÓN ASOCIADA A INSTRUMENTACIÓN PEDICULAR CORTA EN FRACTURA LUMBAR ESTALLIDO OSTEOPORÓTICA

Primer Autor: Laguna Bercero, Esther

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

Resto de Autores: Martínez Agüeros, José Ángel; Pérez Núñez, María Isabel; Villalba Vaquero, Máximo; González Mandly, Andrés; Ortiz Segura, Jesús
Centro de Trabajo: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

8:30 h

Discusión

8ª MESA REDONDA: CIENCIAS BÁSICAS

Moderadores:

Dr. Cáceres Palou, Enric

Dr. Villas Tomé, Carlos

8:58 h

Comunicación Oral Nº 30

USO DE LOS ANÁLISIS ESTADÍSTICOS EN LOS ARTÍCULOS ORIGINALES DEL APARTADO COLUMNA DE LA REVISTA DE ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGÍA

Primer Autor: Valverde García, José Antonio

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

Resto de Autores: Cebrián Rodríguez, Elisa; Sánchez Hernández, Natalia; González Sagrado, Manuel; García Alonso, Manuel

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

9:05 h

Comunicación Oral Nº 31

AISLAMIENTO Y CARACTERIZACIÓN DE CÉLULAS MADRE MESENQUIMALES (MSC) A PARTIR DE MUESTRAS DE NÚCLEO PULPOSO HUMANO

Primer Autor: Blanco Blanco, Juan Francisco

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Salamanca

Resto de Autores: Sánchez Guijo, Fermín¹; Villarán Ríos, Eva¹; De la Fuente Gracciani, Ignacio¹; García Briñón, Jesús²; Barbado González, Victoria²; Santamaría, Carlos¹; Del Cañizo Fernández-Roldán, M^a Consuelo¹

Centros de Trabajo: ¹Hospital Universitario de Salamanca; ²Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca

9:12 h

Comunicación Oral Nº 32

TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO PARA LAS PROTUSIONES DISCALES EN COLUMNA LUMBAR ALTA. ESTUDIO ANATÓMICO TOPOGRÁFICO EN CADÁVERES

Primer Autor: Krämer, Robert

Centro de Trabajo: Centro Médico Teknon, Barcelona

Resto de Autores: Aguilar Fernández, Lluís

Centro de Trabajo: Centro Médico Teknon, Barcelona

9:19 h

Comunicación Oral Nº 33

TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO DE LOS SECUESTROS LIBRES EN LA CAVIDAD POSTERIOR DE LOS CUERPOS VERTEBRALES LUMBARES. ESTUDIO MORFOMÉTRICO EN CADÁVERES

Primer Autor: Aguilar Fernández, Lluís

Centro de Trabajo: Centro Médico Teknon, Barcelona

Resto de Autores: Krämer, Robert¹; Köster, Odo²; Theodoridis, Theodoros³; Ludwig, Jörn⁴

Centros de Trabajo: ¹Centro Médico Teknon, Barcelona; ²Departamento de Radiología de la Clínica Universitaria St. Josef-Hospita, Bochum, Alemania; ³Instituto para el Estudio del Raquis de la Universidad Ruhr de Bochum, Alemania; ⁴Clínica Ortopédica Straubing, Alemania

9:26 h

Comunicación Oral Nº 34

ANÁLISIS BIOMECÁNICO DE LAS CONSECUENCIAS DE UNA DOBLE FIJACIÓN HÍBRIDA SOBRE LA COLUMNA LUMBAR

Primer Autor: Cabello Gallardo, Juan

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona

Resto de Autores: Roca Burniol, Jaime; Iborra González, Miquel; Cavanilles Walker, José María; Izquierdo, Óscar

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona

9:33 h

Comunicación Oral Nº 35

ESTUDIO DE LA ADHESIVIDAD “EN TIEMPO REAL” DE OSTEÓBLASTOS A DISTINTOS BIOMATERIALES UTILIZADOS EN CIRUGÍA DEL RAQUIS

Primer Autor: Pino Mínguez, Jesús

Centro de Trabajo: Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Resto de Autores: Couceiro Otero, Ramiro¹; Silva Rivero, María Teresa¹; Díez Ulloa, Máximo Alberto²; Couceiro Follente, José²

Centros de Trabajo: ¹Instituto de Ortopedia y Banco de Huesos y Tejidos Universidad de Santiago de Compostela; ²Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

9:40 h

Discusión

10:10 h

Entrega de premios: Sala Exposición Comercial

10:25 h

Pausa-café. Visita a Exposición comercial

9ª MESA REDONDA: ESCOLIOSIS III

Moderadores:

Dr. Izquierdo Núñez, Enrique

Dr. Villanueva Leal, Carlos

10:55 h

Comunicación Oral Nº 36

¿EXISTE LA CIRUGÍA SECUNDARIA EN LA ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE?

Primer Autor: Soler Algarra, Susana

Centro de Trabajo: Hospital Universitario La Fe, Valencia

Resto de Autores: Bas Hermida, Teresa¹; Bas Hermida, Paloma¹; Franco, Nuria¹; Ariño Gimeno, Vicente¹; Pérez Millán, Luis Antonio¹; Bonete, Daniel¹; Escribá Roca, Ismael¹; Bas Conesa, José Luis²

Centros de Trabajo: ¹Hospital Universitario La Fe, Valencia; ²Hospital Universitario Casa de la Salud, Valencia

11:02 h

Comunicación Oral Nº 37

EFFECTO EN LA CIFOSIS TORÁCICA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ESCOLIOSIS MEDIANTE ALINEACIÓN COPLANAR

Primer Autor: Burgos Flores, Jesús

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Resto de Autores: Hevia Sierra, Eduardo¹; Piza Vallespir, Gabriel²; Sampera Trigueros, Ignacio²; Domenech Fernández, Pedro³; Riquelme García, Óscar⁴

Centros de Trabajo: ¹Hospital La Fraternidad, Madrid; ²Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca; ³Hospital General Universitario de Alicante; ⁴Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid

11:09 h

Comunicación Oral Nº 38

EVALUACIÓN DE LA CIFOSIS PROXIMAL AL ÚLTIMO NIVEL INSTRUMENTADO SUPERIOR EN PACIENTES INTERVENIDOS POR ESCOLIOSIS: DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO

Primer Autor: Coll Mesa, Luis

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife

Resto de autores: Sacramento Domínguez, Cristina; Piñera Parrilla, Ángel

Ramón; Pérez García, Eva; Vayas Díez, Raquel

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife

11:16 h

Comunicación Oral Nº 39

¿CONSIGUE LA LIBERACIÓN POSTERIOR A MÚLTIPLES NIVELES MEJORAR LA CORRECCIÓN DE LAS CURVAS EN LA ESCOLIOSIS IDOPÁTICA DEL ADOLESCENTE?

Primer Autor: Pizones Arce, Javier

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Getafe, Madrid

Resto de Autores: Sánchez-Mariscal Díaz, Felisa; Álvarez González, Patricia;

Zúñiga Gómez, Lorenzo; Gómez Rice, Alejandro; Sanz Barbero, Elisa;

Izquierdo Núñez, Enrique

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Getafe, Madrid

11:23 h

Comunicación Oral Nº 40

CAMBIOS EN LA POSICIÓN DE LA AORTA TRAS CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE ESCOLIOSIS

Primer Autor: Doménech Fernández, Pedro

Centro de Trabajo: Hospital General Universitario de Alicante

Resto de Autores: Burgos Flores, Jesús¹; Gutiérrez Carbonell, Pedro²; Lajarin

Ortuño, Andrés²; Hevia Sierra, Eduardo³; Piza Vallespir, Gabriel⁴; Sampera

Trigueros, Ignacio⁴; Riquelme García, Óscar⁵; Barrios Pitarque, Carlos⁶

Centros de Trabajo: ¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid; ²Hospital General

Universitario de Alicante; ³Hospital La Fraternidad, Madrid; ⁴Hospital Son

Dureta, Palma de Mallorca; ⁵Hospital Gregorio Marañón, Madrid; ⁶Unidad de

Traumatología, Facultad de Medicina de Valencia

11:30 h

Discusión

10ª MESA REDONDA: LUMBAR III

Moderadores:

Dr. Deglané Meneses, Roberto

Dr. Moreta Munujos, David

11:53 h

Comunicación Oral Nº 41

EFECTO DE LA INYECCIÓN PERIRRADICULAR INTRAOPERATORIA DE CORTICOIDE PARA EL CONTROL DE LA RADICULALGIA POSTOPERATORIA EN CIRUGÍA LUMBAR: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO A DOBLE-CIEGO

Primer Autor: Pizones Arce, Javier

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Getafe, Madrid

Resto de Autores: Zúñiga Gómez, Lorenzo¹; Álvarez González, Patricia¹; Sánchez-Mariscal Díaz, Felisa¹; Gómez Rice, Alejandro¹; Sanz Barbero, Elisa¹; Pérez Núñez, María Isabel²; Izquierdo Núñez, Enrique¹

Centros de Trabajo: ¹Hospital Universitario de Getafe, Madrid;

²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

12:00 h

Comunicación Oral Nº 42

ESTUDIO PROSPECTIVO DE LOS FIJADORES PEDICULARES DINÁMICOS EN 16 PACIENTES CON ENFERMEDAD DISCAL DEGENERATIVA

Primer Autor: Fuster Obregón, Salvador

Centro de Trabajo: Hospital Clinic de Barcelona

Resto de Autores: Urdaneta Toboso, Ivonne¹; Combalia Alieu, Andreu¹; Ojeda Serrano, Osvaldo²

Centros de Trabajo: ¹Hospital Clinic de Barcelona; ²Hospital del Trabajador de Concepción, Chile

12:07 h

Comunicación Oral Nº 43

RESULTADOS DE LA ARTROPLASTIA INTERVERTEBRAL LUMBAR A MEDIO PLAZO

Primer Autor: Monegal Ávila, Alex

Centro de Trabajo: ICATME, Institut Universitari Dexeus USP, Barcelona

Resto de Autores: Abad Satorres, Rosa¹; García de Frutos, Ana^{1,2}; Saló Brú, Guillem^{1,2}; Ramírez Valencia, Manuel¹; Molina Ros, Antoni¹; Lladó Blanch, Andreu¹; Ubierna Garcés, Maite²; Cáceres Palou, Enric^{1,2}

Centros de Trabajo: ¹IMAS, Hospital del Mar i de L'Esperança, Barcelona;

²ICATME, Institut Universitari Dexeus USP, Barcelona

12:14 h

Comunicación Oral Nº 44

Opta a premios
de mejores
comunicaciones
orales

CORRELACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA DE LA UTILIDAD CLÍNICA Y TERAPÉUTICA DE LOS HALLAZGOS DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO. VALORACIÓN DE LA SOBREINDICACIÓN EN LA SOLICITUD DE LA PRUEBA

Primer Autor: Martínez González, Carmen

Centro de Trabajo: Hospital Virgen de la Salud, Toledo

Resto de Autores: Barriga Martín, Andrés¹; De Juan García, Jesús¹; Florensa Vila, José¹; García Benassi, Javier²; González Gutiérrez, Rafael²

Centros de Trabajo: ¹Hospital Nacional de Parapléjicos, Toledo; ²Hospital Virgen de La Salud, Toledo

12:21 h

Comunicación Oral Nº 45

VALORACIÓN RADIOLÓGICA DE LA REPERCUSIÓN SOBRE EL SEGMENTO L4-L5 Y LA POSICIÓN DEL SACRO TRAS CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE ESPONDILOLISTESIS SEVERAS Y ESPONDILOPTOSIS L5-S1

Primer Autor: Burgos Flores, Jesús

Centro de Trabajo: Hospital Ramón y Cajal, Madrid

Resto de Autores: Sampera Trigueros, Ignacio¹; Olaberri, Juan Carlos²; Barrios Pitarque, Carlos³; Hevia Sierra, Eduardo⁴; Gutiérrez Carbonell, Pedro⁵; Domenech Fernández, Pedro⁵; Piza Vallespir, Gabriel¹; Riquelme García, Óscar⁶; Recarte, Enrique⁷

Centros de Trabajo: ¹Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca; ²Hospital de Brooklin, New York-Usa; ³Unidad de Traumatología, Facultad de Medicina de Valencia; ⁴Hospital La Fraternidad, Madrid; ⁵Hospital General Universitario Alicante; ⁶Hospital Gregorio Marañón, Madrid; ⁷Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria

12:28 h

Discusión

11ª MESA REDONDA: ESCOLIOSIS IV

Moderadores:

Dr. Burgos Flores, Jesús

Dr. Mhaidli Hamdan, Hani

12:51 h

Comunicación Oral Nº 46

ESTUDIO COMPARATIVO DE TRES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA LA CORRECCIÓN DE LAS GRANDES CURVAS LUMBARES EN LAS DOBLES CURVAS IDIOPÁTICAS LENKE C

Primer Autor: Álvarez González, Patricia

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Getafe, Madrid

Resto de Autores: Pizones Arce, Javier; Sánchez-Mariscal Díaz, Felisa; Zúñiga Gómez, Lorenzo; Gómez Rice, Alejandro; Izquierdo Núñez, Enrique

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Getafe, Madrid

12:58 h

Comunicación Oral Nº 47

ANÁLISIS DE LA MOVILIDAD LUMBAR EN PACIENTES INTERVENIDOS DE ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA. RELACIÓN CON EL DOLOR Y LA PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE RIGIDEZ

Primer Autor: Sánchez Raya, Judith

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

Resto de Autores: Bago Granell, Joan

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona

13:05 h

Comunicación Oral Nº 48

ANÁLISIS ANTROPOMÉTRICO Y DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN NIÑAS CON ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DE LEVE Y MODERADA INTENSIDAD TRATADAS ORTOPÉDICAMENTE

Primer Autor: Barrios Pitarque, Carlos

Centro de Trabajo: Unidad de Traumatología, Facultad de Medicina de Valencia

Resto de Autores: Cortés, Sandra¹; Pérez Encinas, Cristina²; Burgos Flores, Jesús³; Hevia Sierra, Eduardo⁴

Centros de Trabajo: ¹Unidad de Traumatología, Facultad de Medicina de Valencia; ²Clínica Tecma, Alzira, Valencia; ³Hospital Ramón y Cajal, Madrid; ⁴Hospital La Fraternidad, Madrid

13:12 h

Comunicación Oral Nº 49

Opta a premios de mejores comunicaciones orales

LA SENSIBILIDAD AL CAMBIO DEL CUESTIONARIO SRS-22 ASOCIADA AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Primer Autor: Bagó Granell, Joan

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona

Resto de Autores: Sánchez Pérez-Grueso, Fco. Javier¹; Hernández, Pablo¹; Les, Esther²; Fernández-Baillo, Nicomedes¹; Pellisé Urquiza, Ferrán²; García Fernández, Alfredo¹; Villanueva Leal, Carlos²

Centros de Trabajo: ¹Hospital La Paz, Madrid; ²Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

13:19 h

Comunicación Oral Nº 50

Opta a premios de mejores comunicaciones orales

RESULTADO CLÍNICO DE LA CIRUGÍA DE LA ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA. EVALUACIÓN MEDIANTE LA SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO Y EFECTO GLOBAL PERCIBIDO

Primer Autor: Bagó Granell, Joan

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

Resto de Autores: Sánchez Pérez-Grueso, Fco. Javier¹; Les, Esther²; Hernández, Pablo¹; Pellisé Urquiza, Ferrán²; Fernández-Baillo, Nicomedes¹; Villanueva Leal, Carlos²; García Fernández, Alfredo¹

Centros de Trabajo: ¹Hospital La Paz, Madrid; ²Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

13:26 h

Discusión

13:46 h

Clausura

PROGRAMA SOCIAL PARA CONGRESISTAS

JUEVES 5 DE JUNIO

20:30 h Cóctel de bienvenida. NH Gran Hotel
(Salida caminando a las 20:15 horas desde los hoteles oficiales)

Con la colaboración de:



MBA GRUPO

VIERNES 6 DE JUNIO

21:30 h Cena de clausura. “Finca La Quinta”
Situada a solo 7 km de Zaragoza y a 15 minutos de autocar
(Salida en autocar a las 21:00 horas desde los hoteles oficiales)

PROGRAMA SOCIAL PARA ACOMPAÑANTES

JUEVES 5 DE JUNIO

20.30 h Cóctel de bienvenida. NH Gran Hotel
(Salida caminando a las 20:15 horas desde los hoteles oficiales)

Con la colaboración de:



MBA GRUPO

VIERNES 6 DE JUNIO

10.00 h Visita guiada a la ciudad
(Salida desde el Hotel Palafox a las 09:45 horas)

13.30 h Regreso al Hotel Palafox para almorzar

21.30 h Cena de clausura. “Finca La Quinta”
Situada a solo 7 km de Zaragoza y a 15 minutos de autocar
(Salida en autocar a las 21:00 horas desde los hoteles oficiales)

INFORMACIÓN GENERAL

SEDE DEL CONGRESO

HOTEL PALAFOX*****

Prestigio, diseño, excelencia y tradición son tres claves de este hotel de cinco estrellas. Ubicado en el centro social y económico de la ciudad, el Hotel Palafox cuenta con una cuidada decoración minimalista y las instalaciones más modernas



Marqués de Casa Jiménez s/n
50004 Zaragoza. Aragón
Telf.: +34 976 23 77 00
Fax: +34 976 23 47 05

SECRETARÍA GENERAL

Viajes Villarreal, S.A.

Avda. García Lorca s/n. Edf. Club Municipal de Hielo. Local 6-2

29630 Benalmádena. Málaga

Teléfono: +34 952 44 55 86

Fax: +34 952 56 46 32

E-mail: congresos@viajesvillarreal.com

Web: <http://www.viajesvillarreal.com/geer/>

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

Se podrá recoger la documentación del congreso en la Secretaría General instalada en el hall del Auditorio Cervantes (Hotel Palafox), a partir del jueves 5 de junio de 16:00 horas a 19:00 horas o el día 6 de junio desde las 7:30 horas

IDIOMA OFICIAL DEL CONGRESO

El idioma oficial del congreso será el castellano

SECRETARÍA DE AUDIOVISUALES

COMUNICACIONES ORALES

Deberá entregar sus trabajos en la Secretaría de Audiovisuales como mínimo una hora antes del comienzo de la sesión, en formato PowerPoint y si incluyen algún vídeo se admitirán los formatos AVI, DIVX 5.1, MPGE 4 o DVD. Los trabajos son enviados desde la secretaría de audiovisuales al atril a través de la red

COMUNICACIONES PÓSTERES MURALES Y ELECTRÓNICOS

Los pósteres murales podrán ser colocados a partir del jueves 5 de junio desde las 16:00 horas, y deberán permanecer expuestos durante todo el congreso. El área de colocación estará señalizada con el número correspondiente a cada uno de ellos. El panel donde se han de colocar los pósteres tiene unas dimensiones de 2,20 m de alto por 0,95 m de ancho, por lo que éstos no podrán superar dichas medidas

Las cinco mejores comunicaciones pósteres murales o electrónicos, evaluadas por el comité científico del congreso, serán expuestas a la mesa redonda dedicada al efecto, por lo que tendrán que entregar su trabajo en la Secretaría de Audiovisuales como mínimo una hora antes del comienzo de la sesión, en formato PowerPoint y si incluye algún vídeo se admitirán los formatos AVI, DIVX 5.1, MPGE 4 y DVD

PREMIOS COMUNICACIONES ORALES

Primer premio: 6000 €



Segundo premio: 3000 €



PREMIOS COMUNICACIONES PÓSTERES

Primer premio: 3000 €



Segundo premio: 1000 €



ENTREGA DE CERTIFICADOS

Los certificados de asistencia y presentación de comunicaciones se recogerán en la Secretaría General, instalada en el hall del Auditorio Cervantes (Hotel Palafox)

DISTINTIVOS ACREDITATIVOS

Se han previsto las siguientes acreditaciones:

- AZUL: Miembros GEER
- BLANCO: Congresistas
- AMARILLO: Expositores
- ROJO: Acompañantes

OTROS HOTELES RECOMENDADOS POR LA ORGANIZACIÓN



HOTEL MELIÁ ZARAGOZA*****

César Augusto, 13
50004 Zaragoza. Aragón
Tel: +34 976 430 100
Fax: +34 976 440 734



HOTEL GOYA****

Cinco de Marzo, 5
50004 Zaragoza. Aragón
Tel: +34 976 229 331
Fax: +34 976 232 154



HOTEL BOSTON*****

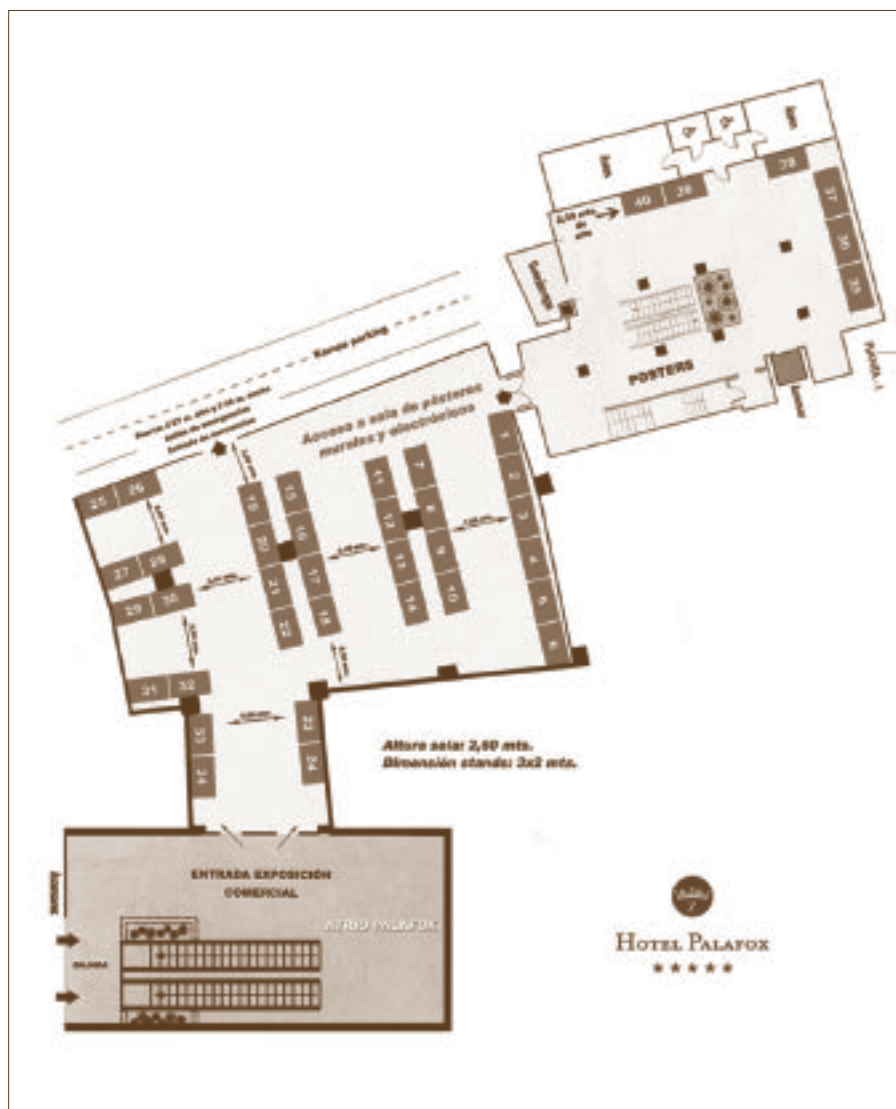
Avda. de las Torres, 28
50008 Zaragoza. Aragón
Tel: +34 976 599 192
Fax: +34 976 597 410



HOTEL SILKEN REINO DE ARAGÓN****

Coso, 80
50001 Zaragoza. Aragón
Tel: +34 976 468 200
Fax: +34 976 468 211

UBICACIÓN DE LOS STANDS



UBICACIÓN DE LOS STANDS

ACUÑA Y FOMBONA	33, 34
ARTHROCARE	36
B BRAUN SURGICAL	28
BIOMET	1, 2
DEPUY SPINE	17, 18, 21, 22
LAFITT	4, 5, 6
LILLY	39
MBA GRUPO	11, 12
MEDCOMTECH	7, 8
MEDTRONIC	29, 30, 31, 32
NORMEDAN	35
ORTO-MEDIMATEC	26
OYASAMA	27
PRIM	23, 24
PROGNOMED	3
SPINEVISION	38
STRYKER	9, 10, 13, 14
SUMINISTROS HOSPITALARIOS	40
SURGIVAL	25
SYNTHES	15, 16
ZIMMER	19, 20

EMPRESAS COLABORADORAS

ACUÑA Y FOMBONA
ARTHROCARE
B BRAUN SURGICAL
BIOMET
DEPUY SPINE
LAFITT
LILLY
MBA GRUPO
MEDCOMTECH
MEDTRONIC
NORMEDAN
ORTO-MEDIMATEC
OYASAMA
PRIM
PROGNOMED
SPINEVISION
STRYKER
SUMINISTROS HOSPITALARIOS
SURGIVAL
SYNTHESE
ZIMMER

Empresas que han colaborado hasta el 30 de abril de 2008

TRANSPORTISTA OFICIAL



IBERIA, L.A.E. ofrece a los asistentes al congreso los siguientes descuentos en vuelos con destino final ZARAGOZA y regreso:

Para vuelos nacionales operados por AIR NOSTRUM (IB-8000):

- 15% de descuento sobre tarifas completas en Business y Turista

Para vuelos nacionales, iniciando viaje en vuelos puros de IBERIA:

- 30% de descuento sobre tarifas completas en Business
- 35% de descuento sobre tarifas completas en Turista

Esta oferta es aplicable exclusivamente en vuelos cerrados (ida y vuelta) de IBERIA y/o AIR NOSTRUM, quedando excluidas las líneas con código compartido (IB-7000). La validez de los billetes será desde cuatro días antes hasta cuatro después de la fecha de la celebración del congreso. La reserva y emisión se hará en oficinas de IBERIA y/o en Agencia "VIAJES VILLARREAL, S.A."

NOTA: Para acogerse a los descuentos ofertados, el pasajero deberá acreditar su asistencia al congreso

Para cualquier consulta de horarios, precios o emisión de billetes le rogamos contacte con la Secretaría Técnica

RENFE colaborará aportando sus medios y ofreciendo las máximas facilidades de viaje a todos los asistentes y posibles acompañantes al Congreso GEER 2008

Estas facilidades de viaje se podrán obtener en trenes de alta velocidad, larga distancia, media distancia y cercanías, mediante la presentación en los puntos de venta RENFE (estaciones, agencias de viajes y oficinas de ventas) de los documentos de asistencia elaborados, y que se adjuntan con este folleto al efecto

Reducción:

- 25% en trenes de alta velocidad
- 30% en trenes de larga distancia
- 30% en trenes de media distancia
- 30% en trenes de cercanías

Plazo de validez: del 3 al 9 de junio de 2008

NOTA: Para acojerse a los descuentos habrá que presentar la cédula que se adjunta de viaje



AGRADECIMIENTOS

El comité organizador agradece a todas las empresas participantes la colaboración prestada para el desarrollo y éxito de este congreso

COMUNICACIONES ORALES

ÍNDICE COMUNICACIONES ORALES

ESCOLIOSIS TORACOGÉNICAS.....	43
ESTUDIO COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE FIJACIÓN SEGMENTARIA (CABLE SUBLAMINAR) VERSUS TORNILLOS PEDICULARES EN LA DISTROFIA MUSCULAR PROGRESIVA TIPO DUCHENNE (D.M.P.D.).....	44
ARTRODESIS INSTRUMENTADA POR VÍA ANTERIOR CON PRESERVACIÓN PARCIAL DE LA HEMIVÉRTEBRA, PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESCOLIOSIS CONGÉNITA EN NIÑOS PEQUEÑOS	45
RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ESCOLIOSIS EN PACIENTES AFECTOS DE ATROFIA ESPINAL MUSCULAR TIPO II (A.S.M.). A PROPÓSITO DE 40 CASOS.....	46
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA PARÁLISIS CEREBRAL UTILIZANDO TORNILLOS PEDICULARES	47
DOLOR LUMBAR DEL ADOLESCENTE. ¿ES PEOR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL?	48
¿SON INTERCAMBIABLES LA ESCALA EVA Y LAS ESCALAS CATEGÓRICAS EN LA VALORACIÓN DEL DOLOR LUMBAR?	49
DETERMINACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE LAS EXPECTATIVAS Y EL DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA POR PATOLOGÍA LUMBAR DEGENERATIVA.....	50
CONCORDANCIA ENTRE OSWESTRY, SF12 Y EVA EN LA VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL DOLOR LUMBAR	51
ESTUDIO COMPARATIVO EN LOS CAMBIOS EN EL ESTADO GENERAL DE SALUD EN PACIENTES OPERADOS DE PTC, PTR Y ARTRODESIS LUMBAR.....	52
FIABILIDAD DE LA MONITORIZACIÓN NEUROFISIOLÓGICA DE LOS TORNILLOS PEDICULARES TORÁCICOS. ESTUDIO EXPERIMENTAL Y CLÍNICO	53
DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN DE LAS LESIONES NEUROLÓGICAS RELACIONADAS CON LOS TORNILLOS PEDICULARES TORÁCICOS EN LA CIRUGÍA DE LA ESCOLIOSIS.....	54
RESULTADOS DE LA MONITORIZACIÓN NEUROFISIOLÓGICA EN 162 CIRUGÍAS DE COLUMNA VERTEBRAL	55
MONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA MULTIMODAL DURANTE LA CIRUGÍA DE COLUMNA CERVICAL.....	56
GUÍA PARA SELECCIONAR NIVELES DE ARTRODESIS EN EIA. CLASIFICACIÓN EKM.....	57
CONCORDANCIA INTRAOBSERVADOR Y ENTRE OBSERVADORES DEL ÁNGULO DE CIFOSIS PROXIMAL MEDIDO UNA VÉRTEBRA Y DOS VÉRTEBRAS POR ENCIMA DE LA ÚLTIMA VÉRTEBRA INSTRUMENTADA SUPERIOR.....	58

DOBLE ABORDAJE O ABORDAJE POSTERIOR ÚNICO CON TORACOPLASTIA DE CONCAVIDAD EN ESCOLIOSIS TORÁCICA DE MÁS DE 60 GRADOS	59
RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE MEDIANTE INSTRUMENTACIÓN POSTERIOR HÍBRIDA.....	60
CORRECCIÓN DE LAS ESCOLIOSIS IDIOPÁTICAS TORACOLUMBARES (LENKE 5) CON INSTRUMENTACIÓN POSTERIOR.....	61
ARTRODESIS CERVICAL POSTERIOR CON TORNILLOS EN MASAS LATERALES: ANÁLISIS CON T.A.C	62
CAPACIDAD DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PARA LA SELECCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A DENERVACIÓN PERCUTÁNEA LUMBAR POR RADIOFRECUENCIA (RIZOLISIS) QUE PADECEN DOLOR LUMBAR CRÓNICO DE ORIGEN FACETARIO.....	63
¿EXISTEN FACTORES DETERMINANTES DE RESULTADOS DE LA FUSIÓN EN LA ENFERMEDAD DEGENERATIVA DISCAL LUMBAR?.....	64
EVALUACIÓN DE LA FUSIÓN EN ARTRODESIS LUMBAR POSTERO-LATERAL UTILIZANDO UNA MATRIZ DE COLAGENO-HIDROXIAPATITA CON ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA.....	65
DOLOR RADICULAR TRAS FUSIÓN LUMBAR INTERSOMÁTICA TRANSFORAMINAL (TLIF)	66
INFECCIÓN TARDÍA EN ARTRODESIS LUMBARES INSTRUMENTADAS.....	67
FRACTURAS VERTEBRALES TÓRACO-LUMBARES TIPO ESTALLIDO. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO MEDIANTE INSTRUMENTACIÓN CORTA INCLUYENDO LA VÉRTEBRA FRACTURADA	68
EFICACIA DE LA INSTRUMENTACIÓN PEDICULAR SEGMENTARIA CORTA EN LA REDUCCIÓN Y CONTENCIÓN DE LAS FRACTURAS ESTALLIDO DE LA CHARNELA TÓRACO-LUMBAR	69
RESULTADO FUNCIONAL, CALIDAD DE VIDA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS TORACOLUMBARES	70
INSTRUMENTACIÓN SIN ARTRODESIS DE LAS FRACTURAS VERTEBRALES DE LA CHARNELA TORACOLUMBAR. REVISIÓN Y RESULTADOS.....	71
USO DE LOS ANÁLISIS ESTADÍSTICOS EN LOS ARTÍCULOS ORIGINALES DEL APARTADO COLUMNA DE LA REVISTA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	72
AISLAMIENTO Y CARACTERIZACIÓN DE CÉLULAS MADRE MESENQUIMALES (MSC) A PARTIR DE MUESTRAS DE NÚCLEO PULPOSO HUMANO	73
TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO PARA LAS PROTUSIONES DISCALES EN COLUMNA LUMBAR ALTA. ESTUDIO ANATÓMICO TOPOGRÁFICO EN CADÁVERES	74
TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO DE LOS SECUESTROS LIBRES EN LA CAVIDAD POSTERIOR DE LOS CUERPOS VERTEBRALES LUMBARES. ESTUDIO MORFOMÉTRICO EN CADÁVERES	75
ANÁLISIS BIOMECÁNICO DE LAS CONSECUENCIAS DE UNA DOBLE FIJACIÓN HÍBRIDA SOBRE LA COLUMNA LUMBAR.....	76
ESTUDIO DE LA ADHESIVIDAD “EN TIEMPO REAL” DE OSTEÓBLASTOS A DISTINTOS BIOMATERIALES UTILIZADOS EN CIRUGÍA DEL RAQUIS.....	77

¿EXISTE LA CIRUGÍA SECUNDARIA EN LA ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE?	78
EFFECTO EN LA CIFOSIS TORÁCICA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ESCOLIOSIS MEDIANTE ALINEACIÓN COPLANAR.....	80
EVALUACIÓN DE LA CIFOSIS PROXIMAL AL ÚLTIMO NIVEL INSTRUMENTADO SUPERIOR EN PACIENTES INTERVENIDOS POR ESCOLIOSIS: DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO	81
¿CONSIGUE LA LIBERACIÓN POSTERIOR A MÚLTIPLES NIVELES MEJORAR LA CORRECCIÓN DE LAS CURVAS EN LA ESCOLIOSIS IDOPÁTICA DEL ADOLESCENTE?.....	82
CAMBIOS EN LA POSICIÓN DE LA AORTA TRAS CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE ESCOLIOSIS	83
EFFECTO DE LA INYECCIÓN PERIRRADICULAR INTRAOPERATORIA DE CORTICOIDE PARA EL CONTROL DE LA RADICULALGIA POSTOPERATORIA EN CIRUGÍA LUMBAR: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO A DOBLE-CIEGO.....	84
ESTUDIO PROSPECTIVO DE LOS FIJADORES PEDICULARES DINÁMICOS EN 16 PACIENTES CON ENFERMEDAD DISCAL DEGENERATIVA.....	85
RESULTADOS DE LA ARTROPLASTIA INTERVERTEBRAL LUMBAR A MEDIO PLAZO	86
CORRELACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA DE LA UTILIDAD CLÍNICA Y TERAPÉUTICA DE LOS HALLAZGOS DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO. VALORACIÓN DE LA SOBREINDICACIÓN EN LA SOLICITUD DE LA PRUEBA	87
VALORACIÓN RADIOLÓGICA DE LA REPERCUSIÓN SOBRE EL SEGMENTO L4-L5 Y LA POSICIÓN DEL SACRO TRAS CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE ESPONDILOLISTESIS SEVERAS Y ESPONDILOPTOSIS L5-S1	88
ESTUDIO COMPARATIVO DE TRES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA LA CORRECCIÓN DE LAS GRANDES CURVAS LUMBARES EN LAS DOBLES CURVAS IDIOPÁTICAS LENKE C.....	89
ANÁLISIS DE LA MOVILIDAD LUMBAR EN PACIENTES INTERVENIDOS DE ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA. RELACIÓN CON EL DOLOR Y LA PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE RIGIDEZ.....	91
ANÁLISIS ANTROPOMÉTRICO Y DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN NIÑAS CON ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DE LEVE Y MODERADA INTENSIDAD TRATADAS ORTOPÉDICAMENTE	92
LA SENSIBILIDAD AL CAMBIO DEL CUESTIONARIO SRS-22 ASOCIADA AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	93
RESULTADO CLÍNICO DE LA CIRUGÍA DE LA ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA. EVALUACIÓN MEDIANTE LA SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO Y EFFECTO GLOBAL PERCIBIDO	94

ESCOLIOSIS TORACOGÉNICAS

Primer autor: García Martín, Azucena

Centro de Trabajo: Hospital Gregorio Marañón, Madrid

Resto de autores: Riquelme García, Óscar Gabriel; González López, José Luis; Martínez Serrano, Ana María

Centro de trabajo: Hospital Gregorio Marañón, Madrid

OBJETIVOS

Revisar la incidencia de escoliosis toracogénicas en un hospital pediátrico terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisan las historias y radiografías de 519 pacientes intervenidos por toracotomías posterolaterales entre 1990-2005. Precizaron consulta con ortopedia infantil por escoliosis 43. Ninguna de ellas presentaba curva escoliótica de 10° o más previamente a la toracotomía, excluyéndose las escoliosis secundarias a fusión costal asociadas a anomalías vertebrales.

Se han revisado las telerradiografías anteroposterior y laterales, valorado el Risser, medido el ángulo de Cobb, la morfología de la curva en relación al lado de la toracotomía, al número de complicaciones y a la patología de base y revisado el tratamiento ortopédico y quirúrgico.

Cinco pacientes requirieron tratamiento quirúrgico. La indicación de toracotomía fue por atresia de esófago (3), ductus arterioso persistente (1) y tumoración de pared costal (1). La edad media de los pacientes intervenidos por escoliosis fue de 10 años (4-15).

RESULTADOS

El tiempo medio de latencia desde la toracotomía hasta consulta por escoliosis fue de 4 años y 3 meses. En 21 casos las curvas fueron de 10-20°, de 20-30° 15, 3 casos de 30-40°, por encima de 40°: 4. Los pacientes con Risser 0-1-2 con curvas por encima de 25° fueron controlados con corsés.

La valoración radiológica preoperatoria del ángulo de Cobb de la curva principal fue de 54,2° (32°-71°), tras cirugía se obtuvo 34,2° (22°-48°). Se realizaron 2 artrodesis posteriores instrumentadas y se colocaron 3 dispositivos de crecimiento tipo VEPTR.

CONCLUSIONES

1. La escoliosis toracogénica está muy poco documentada en la literatura aportándose solamente casos aislados.
2. La morfología de la curva depende de la cirugía: la convexidad hacia el lado opuesto de la toracotomía se relaciona con la lesión pleural. Grandes destrucciones musculares y amplias resecciones costales, dan lugar a curvas de convexidad hacia la toracotomía.
3. Las curvas más importantes estuvieron en relación con los procesos más complejos (más de una toracotomía, complicaciones infecciosas, grandes resecciones).
4. La indicación quirúrgica actual de la escoliosis toracogénica se hace en función de la deformidad y del posible Síndrome de Insuficiencia Torácica.

ESTUDIO COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE FIJACIÓN SEGMENTARIA (CABLE SUBLAMINAR) VERSUS TORNILLOS PEDICULARES EN LA DISTROFIA MUSCULAR PROGRESIVA TIPO DUCHENNE (D.M.P.D.)

Primer autor: Ventura Gómez, Norberto

Centro de trabajo: Hospital Sant Joan De Déu, Barcelona

Resto de autores: Ey Batlle, Anna; Navarro Balbuena, Ramon

Centro de trabajo: Hospital Sant Joan De Déu, Barcelona

OBJETIVO

Estudio retrospectivo de 36 pacientes tratados quirúrgicamente mediante fijación segmentaria con cable sublaminar comparados con 16 casos tratados con tornillos pediculares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio clínico, radiográfico y evolución de 52 pacientes tratados quirúrgicamente entre 1994 y 2006. Dos grupos con respecto a la técnica quirúrgica han sido diferenciados: grupo I: tratados con cable sublaminar o grapa pediculo-laminar proximal y anclaje en la pelvis (Galveston/tornillo iliaco). Grupo II: tratados con tornillos pediculares T.3-L.5 o T.3-pelvis (tornillo iliaco).

RESULTADOS

Grupo I: 13 años de edad media, 54 Kgr., 4 horas de operación, 3,8 unidades de sangre, 2,2 días en UCIP, 13,6 días hospitalización, niveles de fusión T.2/T.3-pelvis (16 Galveston, 20 tornillo iliaco). Estudio radiográfico preoperatorio: R.X. A.P. 55°, % flexibilidad 46%, 26 casos con cifosis toraco-lumbar media +38°, oblicuidad pélvica 16°. Estudio radiográfico postoperatorio: R.X. A.P. 22°, % corrección 58%, cifosis torácica 22°, lordosis lumbar 31°. Oblicuidad pélvica 6°.

Grupo II: 13 años edad media, 43 Kgr., 3,5 horas de operación, 2,3 unidades de sangre, 1,5 días en UCIP, 10 días de hospitalización, niveles de fusión: 10 casos T.2/T.3-pelvis (tornillo iliaco), 6 casos T.2/T.3-L.5. Estudio radiográfico preoperatorio: R.X. A.P. 66°, % flexibilidad 44%, 11 casos con cifosis toraco-lumbar +35°, 3 casos con marcada lordosis toraco-lumbar (22°-60°), oblicuidad pélvica 19°. Estudio radiográfico postoperatorio: R.X. A.P. 29°, % corrección 56%, cifosis torácica + 15°, lordosis lumbar -31°, oblicuidad pélvica 6°.

COMPLICACIONES

Grupo I: 3 infecciones postoperatorias (8%), 7 complicaciones respiratorias (19%), 5 casos con desanclaje del tornillo iliaco (13%), 2 casos se retiró anclaje iliaco (5,5%).

Grupo II: 1 infección respiratoria (6%), 1 desanclaje tornillo iliaco (6%), 1 caso retirada tornillos iliacos (6%).

CONCLUSIONES

El tratamiento quirúrgico mediante fijación segmentaria/tornillos pediculares es satisfactorio en la D.M.P.D. El resultado radiográfico postoperatorio fue similar en ambos grupos. En el grupo II, el tiempo operatorio, la pérdida sanguínea, ingreso UCI/planta y complicaciones postoperatorias fueron menores. En 6 pacientes la última vértebra instrumentada fue L.5. (evitando fijar la pelvis).

ARTRODESIS INSTRUMENTADA POR VÍA ANTERIOR CON PRESERVACIÓN PARCIAL DE LA HEMIVÉRTEBRA, PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESCOLIOSIS CONGÉNITA EN NIÑOS PEQUEÑOS

Primer Autor: Tomé Bermejo, Félix

Centro de Trabajo: Hospital Virgen de la Salud, Toledo

Resto de Autores: Garrido, Enrique¹; Morley, Timothy Rowland²; Tucker, Stewart K.¹; Noordeen, H M Hilali¹

Centros de Trabajo: ¹Great Ormond Street Hospital, Londres, Inglaterra; ²Royal National Orthopaedic Hospital, Stanmore, Londres, Inglaterra

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de una artrodesis instrumentada por vía anterior temprana con preservación parcial de la hemivértebra, para el tratamiento de la escoliosis congénita progresiva en niños menores de 6 años. Descripción de una técnica quirúrgica nueva.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo mediante evaluación clínica y radiológica de 29 pacientes con escoliosis congénita progresiva que fueron sometidos a 31 artrodesis instrumentada cortas por vía anterior de hemivértebra lateral entre 1996 y 2005. Edad media a la cirugía de 2,9 años, seguimiento medio de 6,3 años. Análisis estadístico mediante t-Student, con nivel de significación para $p < 0,005$. Software SPSS utilizado para el tratamiento estadístico.

RESULTADOS

El ángulo de Cobb medio del segmento es corregido de 39° a 15°, y se mantiene durante el seguimiento (60% de corrección). Curvas compensatorias craneal y caudal corregidas en un 50% y sin cambios durante el seguimiento. El ángulo medio de cifosis del segmento no varía en el postoperatorio inmediato ni con el crecimiento. Complicaciones, 2 infecciones que requirieron de desbridamiento quirúrgico, 1 fractura intraoperatoria del cuerpo vertebral y un caso de pérdida significativa de la corrección por fallo del implante. Todos los casos muestran una unión sólida y estable. Ningún caso de complicación neurológica.

CONCLUSIONES

Para el éxito en el tratamiento de la escoliosis congénita y para prevenir el desarrollo de deformidades secundarias compensadoras, son necesarios un diagnóstico precoz y un abordaje quirúrgico agresivo. La instrumentación anterior se muestra como una técnica segura y eficaz, capaz de transmitir suficiente compresión en la convexidad de la curva para permitir una artrodesis corta de vital importancia para la columna en crecimiento.

RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ESCOLIOSIS EN PACIENTES AFECTOS DE ATROFIA ESPINAL MUSCULAR TIPO II (A.S.M.). A PROPÓSITO DE 40 CASOS

Primer autor: Ventura Gómez, Norberto

Centro de trabajo: Hospital Sant Joan De Déu, Barcelona

Resto de autores: Ey Batlle, Anna; Navarro Balbuena, Ramón

Centro de trabajo: Hospital Sant Joan De Déu, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La atrofia muscular espinal tipo II es una enfermedad genética secundaria a la afectación del asta anterior de la médula espinal. Estos pacientes desarrollan escoliosis severas cuyo tratamiento quirúrgico es complejo debido a la afectación grave de la función respiratoria.

OBJETIVOS

Estudio retrospectivo de 40 pacientes vivos, no deambulantes tratados quirúrgicamente en nuestro hospital durante los años 1990-2006.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos clínicos, radiográficos y evolución han sido revisados. Dos grupos con respecto a la técnica quirúrgica han sido diferenciados: grupo I, 29 pacientes tratados mediante fusión posterior instrumentada (T.2- pelvis/ T.2-L5). Grupo II, 11 pacientes tratados mediante instrumentación posterior sin fusión vertebral (barras de crecimiento/ distractores torácicos).

RESULTADOS

Grupo I: 11 años de edad media, 44 kg, 5 horas intervención, 3,7 concentrados hemáties, 3 días UCIP, 16 días hospitalización. R.X. preop: curvas toraco-lumbares 151°-65° (88°), lumbares 105°-50° (80°), torácicas 93°-40° (52°). Catorce casos cifosis toraco-lumbar 90°-41° (52°), 1 hiperlordosis toraco-lumbar 101°. % flexibilidad 19-63% (41%). Instrumentación T.2/T.3-pélvis 24 casos, 5 casos T.2/T.3-L.5 (tornillos pediculares). R.X. postop.: curvas toraco-lumbares 18°-80° (36°), lumbares 12°-51° (36°), torácicas 18-45 (28°).% corrección toracolumbar 60%, % corrección torácica 47%. Cifosis dorsal media 34°, lordosis lumbar media 41°.

Grupo II: 7,6 años de edad, 23 kg, 2,5 horas, 0,7 concentrados hemáties, 1 día UCIP, 9 días de hospitalización. R.X. preop.: curvas toraco-lumbares 108°-73° (90°), torácicas 100°-62° (76°), 5 casos cifosis toraco-lumbar 46°-99° (49°), oblicuidad pélvica 6°-35° (25°), % flexibilidad lumbar 45%, 31° torácica. Instrumentación: 7 barras de crecimiento, 4 distractores torácicos. R.X. postor.: curvas toraco-lumbares 22°-63° (35°), curvas torácicas 32°-56° (42°), cifosis dorsal + 44°, lordosis -31°. % corrección toraco-lumbar 60%, % corrección torácica 46%.

COMPLICACIONES

Grupo I: 3 complicaciones respiratorias, 3 infecciones, una infección tardía. Una retirada de material. Grupo II: 2 retiradas de material (distractores torácicos).

CONCLUSIONES

El tratamiento quirúrgico en pacientes con A.M.S. tipo II, permite corregir las curvas en ambos planos del espacio. Las técnicas sin fusión vertebral permiten controlar las curvas infantiles severas, mantener la función respiratoria y retrasar la fusión definitiva en la pubertad.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA PARÁLISIS CEREBRAL UTILIZANDO TORNILLOS PEDICULARES

Primer Autor: Burgos Flores, Jesús

Centro de Trabajo: Hospital Ramón y Cajal, Madrid

Resto de Autores: Hevia Sierra, Eduardo¹; Sampera Trigueros, Ignacio²; Olaberri, Juan Carlos³; Barrios Pitarque, Carlos⁴; Domenech Fernández, Pedro⁵; Piza Vallespir, Gabriel²; Riquelme García, Óscar⁶

Centros de Trabajo: ¹Hospital La Fraternidad, Madrid; ²Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca; ³Hospital de Brooklin, New York-USA; ⁴Unidad de Traumatología, Facultad de Medicina de Valencia; ⁵Hospital General Universitario, Alicante; ⁶Hospital Gregorio Marañón, Madrid

OBJETIVOS

En este estudio retrospectivo se analizan los resultados del tratamiento quirúrgico de escoliosis en pacientes con parálisis cerebral, utilizando tornillos pediculares.

MÉTODOS

Se presenta una serie de 18 pacientes con diagnóstico de parálisis cerebral, 10 del sexo femenino, con edad media de 13,4 años (R:9,1-24,3). Once pacientes fueron fusionados a la pelvis, dos a L3, tres a L4 y dos a L5. Todos fueron clasificados como parálisis cerebral severa asociados a retraso mental. Once pacientes no caminaban. Diez curvas eran toracolumbares largas, cuatro torácicas, tres lumbares y una curva doble mayor. Todas las curvas eran severas con un valor superior a 65° Cobb, valor medio 79° (R: 65-116). En todos los casos se utilizó la vía posterior aislada, desde T2 al nivel distal elegido utilizandose tornillos pediculares en todos los niveles, incluyendo sacros y tornillos iliacos. Las barras se colocaron de distal a proximal en los tornillos, y las maniobras de corrección se realizaron sobre la primera barra.

RESULTADOS

El seguimiento mínimo de este grupo de pacientes fue de 2 años, seguimiento medio de 3,7 (R:2-6,8). La estancia hospitalaria media fue de 14,5 días (R:6-34). La duración media de la cirugía fue de 5,3 horas (R:4,1-7-2). El valor medio preoperatorio de 79° Cobb paso a un valor medio postoperatorio inmediato de 22° (R:12-65), y a un valor final de 27°. La oblicuidad preoperatoria de 17,3° (R:0-75), paso a 9,1° (R:0-33) en el postoperatorio inmediato y a un valor final de 12,2°. Se presentaron las siguientes complicaciones: tres pacientes presentaron neumonías en el postoperatorio inmediato, cuatro infecciones de la herida quirúrgica, uno de ellos requirió limpieza quirúrgica, un paciente fusionado a L3 presentó progresión de la curva lumbar y requirió cirugía posterior y otro arrancamiento de un tornillo lumbar que fue retirado quirúrgicamente.

CONCLUSIONES

La corrección de escoliosis en pacientes con parálisis cerebral utilizando tornillos pediculares consiguió una corrección adecuada de la deformidad vertebral y de la inclinación pélvica. Se asoció a complicaciones postoperatorias significativas en el 50% de los casos.

DOLOR LUMBAR DEL ADOLESCENTE. ¿ES PEOR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL?

Primer Autor: Pellisé Urquiza, Ferran

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

Resto de Autores: García Fontecha, César G.¹; Balagué, Federico²; Aguirre, Mario¹; Rajmil, Luis³; Ferrer, Montse⁴

Centros de Trabajo: ¹Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona; ²Hospital Cantonal, Friburgo; ³Agencia Avaluació Tecnologia i Recerca Medica; ⁴IMIM, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La prevalencia del dolor lumbar (DL) en la adolescencia es motivo de preocupación. Estudios recientes muestran que su impacto en la calidad de vida (CV) de los adolescentes de la población general es insignificante. Generalmente se atribuye peor CV a las personas que solicitan consulta hospitalaria.

OBJETIVOS

Evaluar la CV de los adolescentes remitidos al hospital por DL y compararla con la de adolescentes con DL de la población general.

MÉTODOS

Pacientes: adolescentes con DL inespecífico reclutados consecutivamente entre 01/01/2006 y 31/10/2007 en consultas externas hospitalarias. Dos grupos control: escolares sin DL y escolares con DL procedentes de una muestra representativa de la ciudad de Barcelona y Friburgo. Para obtener 2 grupos control comparables con la muestra de pacientes, primero se estratificó a todos los escolares en dos grupos según la declaración de dolor lumbar en el último mes y en segundo lugar se realizó una selección aleatoria de dos escolares de cada grupo por cada paciente, apareando por ciudad de residencia, género y edad.

Cuestionarios CV: KIDSCREEN (genérico); Roland-Morris y Hanover (específicos DL).

Tamaño de la muestra: aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,20 en un contraste bilateral, se precisan 74 sujetos en el primer grupo y 148 en el segundo para detectar una diferencia igual o superior a 4,68 unidades, que se corresponde con un tamaño del efecto (TE) moderado (0.4) calculado con una desviación estándar de 11,7.

RESULTADOS

76 pacientes y 304 controles (152 escolares con DL y 152 sin DL).

Los adolescentes visitados en el hospital tienen DL más frecuente ($p=0.005$) e intenso ($p<0.001$) que los adolescentes con DL de la población general; peor puntuación en Roland-Morris (5.5 vs 4.3, $p=0.023$) y Hanover (4.5 vs 3.5, $p=0.032$). Sin embargo, puntúan igual o mejor en todas las dimensiones del KIDSCREEN que los adolescentes escolarizados con DL.

CONCLUSIONES

Contrariamente a lo esperado, el impacto del DL inespecífico en la CV de los adolescentes que acuden a una consulta hospitalaria también es insignificante y la repercusión funcional es leve en la mayoría de ellos (65%).

¿SON INTERCAMBIABLES LA ESCALA EVA Y LAS ESCALAS CATEGÓRICAS EN LA VALORACIÓN DEL DOLOR LUMBAR?

Primer Autor: Matamalas Adrover, Antonia

Centro de Trabajo: Hospital del Mar, Barcelona

Resto de Autores: Ramírez Valencia, Manuel; Molina Ros, Antoni; Saló Bru, Guillem; Lladó Blanch, Andreu; García de Frutos, Ana Clara; Cáceres Palou, Enric

Centro de Trabajo: Hospital del Mar, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La valoración de la intensidad de dolor es imprescindible en la práctica clínica. Existen diferentes métodos para evaluarlo: las EVA o escalas categóricas. Ambas han demostrado un buen comportamiento psicométrico hasta el punto de considerarse intercambiables para algunos autores.

OBJETIVO

Determinar si ambos tipos de escalas son intercambiables para evaluar una misma pregunta.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo con datos recogidos prospectivamente de 289 pacientes intervenidos por patología lumbar (147 hombres y 146 mujeres) con una edad media de 52,49 (DE 14,50). Durante las 24 h previas a la intervención se pasa el Core Set de Deyo, además, la pregunta 1A de intensidad del dolor se evalúa también mediante una EVA. Para poder comparar ambos grupos se ha de categorizar la EVA, para lo que usamos dos métodos (cuantiles y grupos equidistantes).

Evaluamos el grado de intercambiabilidad mediante el método descrito por Svensson. Dado que cada individuo ha registrado su dolor en dos escalas diferentes en el mismo momento las respuestas constituyen datos apareados (pares). Para que dos escalas sean intercambiables estos pares deben mantener un elevado nivel de orden-consistencia que viene definido por: un elevado porcentaje de pares idénticos (PA) y una escaso desacuerdo sistemático (RP; posición relativa, y RC; concentración relativa). Así mismo se evaluó el grado de asociación o concordancia entre ambas variables mediante el valor MA (Monotonic Agreement).

RESULTADOS

EVA equidistante: MA=0,83, PA=0,53 y el desacuerdo sistemático: RP= -0.005 y RC =0.145. EVA por cuantiles: MA =0,80, PA =0.278, RP de -0.391 y RC de 0.265.

CONCLUSIÓN

Ambas escalas están asociadas significativamente, con valores MA elevados (tienen una interpretación similar al Kappa). Sin embargo el porcentaje de pares idénticos es bajo en ambos casos y existe un error sistemático que se acentúa en el EVA por cuantiles de tal manera que la escala EVA presenta sistemáticamente valores más altos que la categórica. Por tanto, los valores dados por las dos escalas a una misma pregunta están fuertemente asociados entre sí, no obstante, no son intercambiables al evaluar aspectos diferentes del dolor.

DETERMINACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE LAS EXPECTATIVAS Y EL DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA POR PATOLOGÍA LUMBAR DEGENERATIVA

Primer Autor: Abad Satorres, Rosa

Centro de Trabajo: Hospital del Mar, Barcelona

Resto de Autores: Ramírez Valencia, Manuel; Saló Bru, Guillem;

García de Frutos, Ana Clara; Molina Ros, Antonio; Lladó Blanch, Andreu; Cáceres Palou, Enric

Centro de Trabajo: Hospital del Mar, Barcelona

INTRODUCCIÓN

El tratamiento del dolor por patología lumbar degenerativa (PLD) es un tema controvertido, a pesar de esto, el tratamiento quirúrgico esta aumentando en los últimos años. Un mal control del dolor postoperatorio parece asociarse a un peor resultado final.

OBJETIVO

Determinar como influyen las expectativas del paciente en la percepción del dolor durante el periodo postoperatorio.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional prospectivo en pacientes intervenidos por PLD en la unidad de cirugía del raquis de nuestro centro. Las expectativas respecto al dolor postoperatorio se recogieron por medio de un cuestionario autoadministrado y confeccionado para esta finalidad. Las posibles respuestas se confeccionaron utilizando escalas ordinales tipo Likert y Escala Visual Analógica (EVA). Los pacientes se dividieron en dos grupos: 1) dolor lumbar bajo de características mecánicas, y 2) pacientes con dolor neuropático asociado. El dolor postoperatorio se evaluó usando una EVA cuatro veces al día, por una persona ajena al estudio. Se usó el paquete estadístico SPSS. Las variables no paramétricas fueron analizadas según el test SpearmanTMs rho para evaluar si había correlación y el test de Mann-Whitney para establecer diferencias entre las medianas.

RESULTADOS

Se incluyeron 83 pacientes (45 mujeres y 38 hombres). La edad media fue de 72,7 años (SD 14.464). El 14,5% de los pacientes no esperaba sufrir dolor en el período postoperatorio. La intensidad del dolor esperada media expresada en EVA fue 50 [28-69]. El dolor medio esperado en el grupo 1 fue mayor (60[40-74]) que en el grupo 2 (36[23.5-58.5], $p=0.006$). De manera global, las expectativas se correlacionaron con la percepción de dolor postoperatorio ($p<0.001$). Tras el estudio de regresión los factores de riesgo que se determinaron fueron:

- Mujeres y pacientes más jóvenes esperaban sufrir más dolor y esto se correlacionó con una mayor percepción de dolor postoperatorio ($p=0.043$).
- Pacientes del grupo 1 tenían peores expectativas y su percepción del dolor tras la intervención también fue mayor($p=0.02$).

CONCLUSIONES

Existe correlación entre las peores expectativas y una mayor percepción de dolor postoperatorio, en especial en el grupo de mujeres y en los pacientes más jóvenes y con dolor lumbar bajo.

CONCORDANCIA ENTRE OSWESTRY, SF12 Y EVA EN LA VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL DOLOR LUMBAR

Primer Autor: Villar Pérez, Julio

Centro de Trabajo: Hospital de León

Resto de Autores: Grupo Xia de España (Fernández González, Manuel¹; Villar Pérez, Julio¹; López-Sastre Núñez, Antonio¹; Hernández Encinas, José¹; Betegón Nicolás, Jesús¹; Orovio Elizaga, Javier²; Fuentes Caparrós, Simón³; Álvarez Galovich, Luis⁴; Areta Jiménez, Javier⁵; Fernández Carreira, José Manuel⁶)

Centros de Trabajo: ¹Hospital de León; ²Hospital General de Cataluña; ³Hospital Reina Sofía, Córdoba; ⁴Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid; ⁵Hospital de La Defensa, Madrid; ⁶Hospital San Agustín, Avilés

OBJETIVOS

Evaluar la concordancia entre las escalas utilizadas para la valoración de resultados clínicos en el tratamiento del dolor lumbar: Oswestry, EVA, SF12 y grado de satisfacción con el tratamiento recibido.

MÉTODOS

Valoramos 90 casos con enfermedad degenerativa discal lumbosacra tratados mediante fusión instrumentada, con seguimiento superior a 12 meses. Utilizamos las escalas de valoración recomendadas por el GEER: ODI, SF12, EVA, escala laboral y grado de satisfacción con el tratamiento. Utilizamos para su análisis el programa SPSS.

RESULTADOS

Edad media de 52,15 años (25,8-80,7). 55% son varones y 45% mujeres. En 67 casos (74,4%) se realizó artrodesis circunferencial en su mayoría TLIF (23 en L5-S1, 24 en L4-L5, 12 L4-S1, y 8 a otros niveles). El ODI pasó de 49,52 a 18. El SF12 de 32,03 a 44,10 en la escala física y de 42,90 a 51,16 en la mental. El EVA lumbar de 7,2 a 2,6 y el EVA radicular de 7,3 a 1,8.

Encontramos concordancia entre la mejoría de la puntuación del Oswestry al año de evolución y las preguntas de satisfacción del conjunto de 6 preguntas. Igualmente hay fuerte asociación del cambio del Oswestry con la escala mental del SF12 ($P=0,01$). Lo mismo del EVA lumbar y radicular con la variación del Oswestry al año.

CONCLUSIONES

Las características métricas del test de Oswestry muestran gran correlación con la escala mental del SF12, EVA lumbar y radicular y al grado de satisfacción, evaluados al año de evolución de la fusión lumbar en el tratamiento de la enfermedad discal degenerativa lumbosacra.

ESTUDIO COMPARATIVO EN LOS CAMBIOS EN EL ESTADO GENERAL DE SALUD EN PACIENTES OPERADOS DE PTC, PTR Y ARTRODESIS LUMBAR

Primer Autor: Álvarez Galovich, Luis

Centro de Trabajo: Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid

Resto de Autores: Orovio de Elizaga, Javier¹; Villar Pérez, Julio²; Fernández González, Manuel²; Fernández Carreira, José Manuel³; Grupo Xia; Grupo Scorpio; Grupo Trident

Centros de Trabajo: ¹Hospital General de Cataluña; ²Complejo Hospitalario de León; ³Hospital de Avilés

OBJETIVOS

La utilidad de la artrodesis lumbar aparece claramente con una evidencia clínica inferior a la de la PTR o PTC. Así mismo, muchos pacientes con problemas lumbares tienen asociados problemas psicosociales que pueden influir en el resultado del procedimiento. A pesar de todo, el número de fusiones lumbares sigue aumentando en todos los países. El objetivo de este estudio es comparar los cambios que sufren en su estado general de salud tres cohortes de pacientes tratados con tres procedimientos diferentes (PTR, PTC y artrodesis lumbar por espondiloartropatía degenerativa).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio observacional de tres cohortes de pacientes con datos recogidos de forma prospectiva. Se analizan los datos de 207 artrodesis lumbares (FL), 202 PTC y 253 PTR. Primarias mediante test de t y análisis de varianza ANOVA. Los tres grupos son comparables respecto a la edad y sexo. Los datos del SF12 del componente mental y físico en el preoperatorio no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos (EFísico: 32,3 FL, 33,2 PTC, 33,5 PTR; EMental: 47,0 FL, 45,9 PTC, 46,2 PTR). En el postoperatorio, se produjo una mejoría significativa en todos los grupos (6 meses EFísico: 46,7 FL, 44,2 PTC, 43,5 PTR $p < 0,01$; EMental: 52,9 FL, 52,6 PTC, 52,3 PTR $p < 0,01$) (1 año EFísico: 40,3 FL, x PTC, 44 PTR $p < 0,01$; EMental: 53,5 FL, 52,8 PTC, 53 PTR $p < 0,01$) (2 años EFísico: 44,6 FL, 45,1 PTC, 44,5 PTR $p < 0,01$; EMental: 53,0 FL, 52,9 PTC, 53,5 PTR $p < 0,01$). La mejora en la revisión de 1 y 2 años fue similar en los tres grupos.

Respecto a la discapacidad funcional, los tres grupos presentaban un déficit de función similar, puntuados mediante test de Oswestry, Harris y HSS, con escalas de 0-100. En el postoperatorio, se produjo una mejoría significativa en todos los grupos y la mejora en la revisión de 1 y 2 años fue similar en los tres grupos.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio demuestran que con la cirugía de fusión lumbar se pueden obtener unos resultados similares en mejora de calidad de vida y función que los obtenidos por las PTR y PTC.

FIABILIDAD DE LA MONITORIZACIÓN NEUROFISIOLÓGICA DE LOS TORNILLOS PEDICULARES TORÁCICOS. ESTUDIO EXPERIMENTAL Y CLÍNICO

Primer Autor: Burgos Flores, Jesús

Centro de Trabajo: Hospital Ramón y Cajal, Madrid

Resto de Autores: De Blas Beorlegui, Gema¹; Regidor, Ignacio¹; García Urquiza, Sergio¹; Hevia Sierra, Eduardo²; Barrios Pitarque, Carlos³; Montes, Elena¹; Lebrato, Nora¹

Centros de Trabajo: ¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid; ²Hospital La Fraternidad, Madrid;

³Unidad de Traumatología, Facultad de Medicina de Valencia

OBJETIVO

Analizar si los umbrales de respuesta EMG tras estimulación de tornillos pediculares torácicos se modifican con la distancia del tornillo a las estructuras nerviosas o si varían en dependencia de la diferente naturaleza de los tejidos interpuestos entre el tornillo y la estructura nerviosa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se obtienen registros EMG tras estimulación de 11 tornillos pediculares torácicos colocados en 3 animales de experimentación (cerdo doméstico) y 4 tornillos colocados en 4 pacientes que fueron sometidos a resección de hemivértebras torácicas. En los animales se obtuvieron registros EMG variando la distancia entre el tornillo y las estructuras nerviosas e interponiendo distintos tejidos: sangre, músculo, hueso y grasa. Los registros EMG se recogieron directamente en la musculatura intercostal.

RESULTADOS

En los animales, el registro EMG se obtenía con una intensidad media de 5,60 mA en los casos en que los tornillos tocaban el saco dural, de 7,41 mA a 2 mm del saco, de 13,36 a 6 mm y de 15,86 a 10 mm. La rotura de la cortical medial no descendía significativamente el umbral del estímulo. La interposición de los distintos tejidos no modificaba tampoco los umbrales. En los 4 tornillos estimulados en los pacientes con hemivértebras existía una dispersión grande en los umbrales, pero la interposición de sustancias no varió tampoco significativamente cada uno de los umbrales de estimulación. El tejido óseo apartaba mayor impedancia que el tejido muscular o grasa. En estos pacientes la mayor distancia entre tornillo y médula no se correspondía con cambios en los umbrales de estimulación.

CONCLUSIONES

La impedancia es directamente dependiente de la distancia del tornillo a las estructuras nerviosas en animales de experimentación y no se modifica por el hecho de que estén interpuestos otros tejidos. Los estudios clínicos requieren un número mayor de ensayos para extraer consecuencias.

DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN DE LAS LESIONES NEUROLÓGICAS RELACIONADAS CON LOS TORNILLOS PEDICULARES TORÁCICOS EN LA CIRUGÍA DE LA ESCOLIOSIS

Primer Autor: Regidor Bailly-Bailliere, Ignacio

Centro de Trabajo: Hospital Ramón y Cajal, Madrid

Resto de Autores: García Urquiza, Sergio; De Blas Beorlegui, Gema; Montes, Elena; Pérez-Caballero, César; Burgos Flores, Jesús

Centro de Trabajo: Hospital Ramón y Cajal, Madrid

OBJETIVOS

La importancia de la monitorización de la función medular mediante técnicas neurofisiológicas durante la cirugía de la escoliosis ha sido bien establecida en los últimos años. La instrumentación ha sufrido una evolución hacia la fijación a través de tornillos transpediculares, lo que supone un riesgo añadido de daño neurológico. La correcta colocación de los tornillos pediculares se puede controlar mediante técnicas neurofisiológicas (EMG-estimulada), como complemento a las técnicas tradicionales (palpación y radiología). Está por determinar la influencia que tienen los tornillos pediculares con malposición medial en las lesiones neurológicas posoperatorias. Nuestro objetivo es la elaboración de un protocolo para el diagnóstico y la prevención de estas lesiones.

MÉTODO

Se analiza el comportamiento de los potenciales evocados motores (PEM), sensitivos y los umbrales de estimulación de los tornillos en 4 pacientes con signos neurofisiológicos de alteración de la función medular durante la intervención para corrección de la escoliosis. Se elabora un protocolo de actuación para prevención de lesiones por malposición medial de los tornillos pediculares torácicos.

RESULTADOS

Dos pacientes presentan una pérdida unilateral de los PEM durante la corrección de la curva torácica, no interpretado como criterio de riesgo. En el posoperatorio inmediato ambos pacientes presentan un síndrome de Brown-Sequard. El TAC muestra un desplazamiento medial de tornillos torácicos. Se retiraron los tornillos desplazados medialmente, con recuperación posterior completa de la función neurológica. Dos pacientes presentan una disminución de la amplitud de los PEM durante la corrección de la curva torácica; se retiran los tornillos del ápex y los de menor umbral de estimulación con recuperación completa de los PEM y ausencia de déficit neurológico posoperatorio.

CONCLUSIONES

La pérdida unilateral o parcial de los potenciales evocados motores ha de interpretarse como señal de alarma y sugiere como agente causal a los tornillos pediculares torácicos desplazados medialmente hacia el canal espinal. Esta pérdida de potenciales se manifiesta de manera difusa con respecto a la colocación de los tornillos, lo que dificulta su identificación como agente causal. Hay que incluir la retirada de tornillos con bajo umbral de estimulación en el protocolo de actuación ante la detección de daño neurológico.

RESULTADOS DE LA MONITORIZACIÓN NEUROFISIOLÓGICA EN 162 CIRUGÍAS DE COLUMNA VERTEBRAL

Primer Autor: Méndez García, Mario

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

Resto de Autores: González Barrios, Ildefonso; Ávila Jurado, Matías; Fuentes Caparrós, Simón; Gavilán, Isidro

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

A lo largo de las últimas décadas, las diferentes técnicas de monitorización neurofisiológica intraoperatoria (MIO), se han ganado la confianza de los cirujanos, incorporándose como práctica común en las cirugías de columna. La MIO ha reducido el número y la gravedad de las lesiones postquirúrgicas, además, supone una comodidad para el paciente y el equipo quirúrgico, al relegar el test del despertar a situaciones muy concretas. Una ventaja adicional, más allá de la prevención de complicaciones, es la seguridad que ofrece al cirujano conocer en todo momento la integridad de la médula y las raíces espinales. Nuestro objetivo es presentar la experiencia acumulada tras tres años de colaboración con la unidad de columna de nuestro hospital, detallando los tipos de patología intervenida y la sensibilidad y especificidad de las técnicas de monitorización utilizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo. 162 cirugías de columna realizadas entre enero de 2005 y enero de 2008, en edades comprendidas entre 5 y 71 años. Distribución de las patologías intervenidas: deformidades 42% (idiopática 76%, neuromuscular 17%, degenerativa 7%), fracturas 27% (cervical 34%, torácica 47%, lumbar 19%), patología degenerativa 15% (cervical 77%, torácica 14%, lumbar 9%), tumores 10% y otras 6% (espondilolistesis, abscesos). Las técnicas utilizadas según los requerimientos fueron: EMG espontánea y estimulada y potenciales evocados, motores y somatosensoriales. El régimen anestésico de mantenimiento utilizado incluía propofol, mórnicos y cis-atracurio (bloqueo neuromuscular parcial).

RESULTADOS

Ninguna de las técnicas empleadas tuvo efecto secundario alguno en los pacientes intervenidos. En 7 de los pacientes, con clínica neurológica previa, no fue posible la monitorización de ninguna o parte de las respuestas previstas inicialmente, debido a la falta de respuestas reproducibles intraoperatoriamente. En 3 pacientes más, alguna de las técnicas estaba contraindicada (epilepsia, síndrome polimalformativo).

La sensibilidad y especificidad de la MIO fueron del 100% (verdaderos positivos: 4, verdaderos negativos: 158). En un caso fue preciso realizar el test del despertar (0,61%).

CONCLUSIONES

Las técnicas empleadas no tuvieron efectos secundarios en los pacientes. Su alta sensibilidad y especificidad permiten al cirujano trabajar con mayor seguridad. La frecuencia de alarmas intraoperatorias es baja, pero real.

MONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA MULTIMODAL DURANTE LA CIRUGÍA DE COLUMNA CERVICAL

Primer Autor: Soler Algarra, Susana

Centro de Trabajo: Hospital La Fe, Valencia

Resto de Autores: López, Antonio; Bas Hermida, Teresa; Bas Hermida, Paloma; Salas, Andrés;

Vilela Soler, Concha; Álvarez Garijo, José Andrés; Beneto Pascual, Antonio

Centro de Trabajo: Hospital La Fe, Valencia

OBJETIVO

Evaluar si el uso combinado de Potenciales Evocados Somatosensitivos (PESS) y Potencial Motor Eléctrico Transcraneal (PME Tc) es beneficioso para evitar daños neurológicos secundarios a la manipulación quirúrgica durante la cirugía de columna cervical

MÉTODOS

Revisión retrospectiva de 123 pacientes, 61 hombres y 62 mujeres, de edades entre 21 y 76 años (edad media 50), intervenidos, de julio 2004 a noviembre 2007, de patología de columna cervical: 36% mielopatía, 16% mielopatía más hernia discal, 16% hernia discal, 19,5% radiculopatías, 1,6% tumores medulares, 2,4% traumatismos, 0,8% reintervención y 8,5% otros. La vía de acceso anterior (99%) y posterior (1%), y la técnica quirúrgica empleada: discectomía más artrodesis, discectomía más artrodesis más fusión, corporectomía y laminectomía más artrodesis. Todos ellos fueron sometidos a monitorización neurofisiológica intraoperatoria combinada con PESS (N. Mediano y N. Tibial Posterior) y con PEM Tc (M. Abductor Pollicis y Hallucis), para la valoración de la integridad funcional.

RESULTADOS

De las 123 intervenciones, los PESS y PEM Tc fueron estables un 93% y despertaron sin secuelas neurológicas. Tuvimos 7 alertas: 1 al inicio de la intervención y durante la colocación en posición quirúrgica desaparecieron los PESS y PEMTc, que reaparecieron tras recolocación del paciente y se decidió no intervenir por alto riesgo quirúrgico, 2 presentaron solo alteración de PME Tc con PESS normales y secuela neurológica, en 1 se alteraron los PESS y desapareció el PME Tc y presentó secuela neurológica, en 2 casos se alteraron los PESS y PEMTc y sin secuela neurológica (falsos positivos) y en otro no se alteraron los PESS ni PEM Tc y hubo secuelas neurológicas (falso negativo). A todas las alertas se pautó tratamiento de rescate con corticoides durante el acto quirúrgico.

CONCLUSIONES

La monitorización multimodal intraoperatoria es un método eficaz para la valoración de la integridad funcional durante la cirugía de columna cervical.

Puede ayudar a reducir el riesgo de déficits neurológicos avisando al cirujano cuando se observan los cambios y en ocasiones puede cambiar la indicación quirúrgica.

GUÍA PARA SELECCIONAR NIVELES DE ARTRODESIS EN EIA. CLASIFICACION EKM

Primer Autor: Hernández Esteban, Pablo

Centro de Trabajo: Hospital La Paz, Madrid

Resto de Autores: Piñera Parrilla, Ángel Ramón¹; García Fernández, Alfredo²; Fernández-Baillo, Nicomedes²; Sánchez Pérez-Grueso, F. Javier²

Centros de Trabajo: ¹Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife; ²Hospital La Paz, Madrid

Opta a premios
de mejores
comunicaciones
orales

INTRODUCCIÓN

Objetivo fundamental en la cirugía de la EIA es conservar la mayor movilidad posible. Diferentes clasificaciones han sido desarrolladas con el objetivo de seleccionar los niveles de artrodesis y poder ahorrar niveles móviles. La clasificación EKM, evolución de las clasificaciones de KM y Lenke, añade nuevos factores que mejoran la eficacia en la elección de la artrodesis.

OBJETIVO

Confirmar que esta clasificación puede ser una herramienta eficaz en el ahorro de niveles de artrodesis en EIA.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo de 29 pacientes con artrodesis selectivas según clasificación EKM con seguimiento mínimo de 2 años. Valoración angular pre, post y final de las curvas artrodesadas y las libres. Perfil vertebral. Equilibrio radiológico y clínico. Valoración funcional SRS 22.

RESULTADOS

Siete pacientes fueron clasificados EKM IIA. Tres EKM IIIA (grupos correspondientes a Lenke I) Nueve EKM VA (Lenke II) Diez EKM VIA (Lenke V) Corrección: EKM IIA y IIIA: C torácica instrumentada: 60°pre. 24°post. 26° final. C lumbar libre: 41°-22°-22°. EKM VA: C torácicas instrumentadas: preop 49°/76°. Post 22°/28°. final 36°/29°. C

Lumbar libre: 37°-17°-13°. EKM VIA: C T-L, Lumbar instrumentadas: 54°-15°-19°. C Torácica libre: 37°-25°-28°.

El nivel inferior instrumentado correspondió a la vértebra límite inferior Cobb o un segmento inferior y siempre por encima de la vértebra estable. Media de segmentos artrodesados: EKM II/III: 10; EKM VA:12.2; EKM VIA:5.7. El perfil se mantuvo dentro de límites fisiológicos. Veinticinco pacientes presentaban desequilibrio radiológico preoperatorio medio de 16 mm que mejoró a 4 mm en el seguimiento. Cuatro con equilibrio preoperatorio presentaron desequilibrio final de 4,5 mm. Solo cuatro pacientes presentaron desequilibrio clínico medio de 10 mm final. Valoración funcional SRS-22: Función/Actividad: 4.3 pre. 4.3 post. Dolor 4.1 / 4.5 Autoimagen: 3.0/ 4.3. Salud mental: 4.1/ 4.3. Satisfacción con el tratamiento: 4.7. Total pre 3.9. post 4.3.

CONCLUSIONES

La clasificación EKM puede representar una valiosa guía para seleccionar niveles de artrodesis en EIA. En esta serie el objetivo de ahorro de niveles se cumplió tanto bajo el punto de vista radiológico como funcional. Asimetrías de flancos o gibas costales residuales, consecuencia de curvas libres, no fueron reflejadas por los pacientes en la valoración de imagen corporal.

CONCORDANCIA INTRA OBSERVADOR Y ENTRE OBSERVADORES DEL ÁNGULO DE CIFOSIS PROXIMAL MEDIDO UNA VÉRTEBRA Y DOS VÉRTEBRAS POR ENCIMA DE LA ÚLTIMA VÉRTEBRA INSTRUMENTADA SUPERIOR

Primer Autor: Sacramento Domínguez, Cristina

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife

Resto de autores: Coll Mesa, Luis; Vayas Díez, Raquel; Piñera Parrilla, Ángel Ramón; Pérez García, Eva

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife

INTRODUCCIÓN

No se ha establecido acuerdo del ángulo para evaluar la cifosis proximal al último nivel instrumentado superior. El objetivo de este estudio fue estimar la concordancia cuando se mide la cifosis proximal una vértebra y dos vértebras por encima de la última vértebra instrumentada superior usando imágenes de radiología digital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Evaluamos 38 imágenes radiológicas de 19 pacientes intervenidos por escoliosis. El diseño del estudio permitió a dos observadores valorar dos veces la misma imagen radiológica, en el periodo postoperatorio inmediato y otra imagen después de dos años de evolución. Las imágenes fueron analizadas por cada observador en un ordenador de 17" y con una tarjeta de vídeo de 256 Mb. Las proporciones se compararon con el test de Kruskal-Wallis para tablas de orden simple $r \times c$ y el acuerdo se asistió con el test de concordancia.

RESULTADOS

La concordancia para cada observador en la primera vértebra, en el periodo postoperatorio y en el seguimiento (segundo año) osciló entre 0,78 y 0,80 (mínimo intervalo de confianza al 95% 0,52-0,91) y para la segunda vértebra osciló entre 0,49 y 0,88 (mínimo intervalo de confianza al 95% 0,16-0,72), $P < 0,29$. Por otra parte, comparamos las proporciones de concordancia entre imágenes con una diferencia en el ángulo inferior o igual a 5 grados en la primera y segunda medida para la primera y segunda vértebra (73,7% vs 81,6%; $P = 0,33$).

CONCLUSIONES

Primero, no se pudo demostrar diferencias en la concordancia, entre observadores, en los ángulos de la primera y segunda vértebra por encima de la última vértebra instrumentada superior; segundo, no se encontraron diferencias entre imágenes con una diferencia en ángulo inferior o igual a 5 grados en la primera y segunda medida de la primera y segunda vértebra. Estos resultados indicaron que la fiabilidad de las imágenes digitales se debería evaluar usando diferentes resoluciones.

DOBLE ABORDAJE O ABORDAJE POSTERIOR ÚNICO CON TORACOPLASTIA DE CONCAVIDAD EN ESCOLIOSIS TORÁCICA DE MÁS DE 60 GRADOS

Primer Autor: Ferraris, Luis

Centro de Trabajo: German Scoliosis Center der Werner-Wicker-Klinik, Bad Wildungen/Reinhardshausen, Alemania

Resto de Autores: Hempfing, Axel; Meier, Oliver

Centro de Trabajo: German Scoliosis Center der Werner-Wicker-Klinik, Bad Wildungen/Reinhardshausen, Alemania

OBJETIVOS

Actualmente no hay un consenso general respecto a la indicación de la liberación anterior en casos de curvas de alto grado o rigidez. Este estudio presenta una comparación entre los resultados de la cirugía en dos etapas y la vía posterior única con toracoplastia de concavidad en curvas torácicas en escoliosis idiopática.

MÉTODOS

Estudio comparativo retrospectivo. Dos grupos de pacientes (Matched Pairs) apareados de acuerdo a edad, sexo y magnitud de la curva escoliótica. 30 pacientes (15 pares). Todos los pacientes presentaban curvas mayores a 60°. Ambos grupos fueron instrumentados con tornillos pediculares en region lumbar y/o toracolumbar y tornillos y ganchos en región torácica alta.

Grupo 1: 15 pacientes operados utilizando liberación anterior y corrección posterior con instrumentación en un segundo tiempo.

Grupo 2: 15 pacientes tratados con única vía posterior con instrumentación y toracoplastia de concavidad.

RESULTADOS

Ambos grupos incluyeron 12 mujeres y 3 varones. Edad promedio de 16,2 años en el G1 y de 16,4 en el G2. Magnitud de la curva torácica de 81,7±10,1° (60-94°) en el G1 y de 82,9±10,9° (64-105°) en el G2. El promedio de discectomías en el G1 fue de 5 mientras que el promedio de osteotomías costales en el G2 fue de 5,5. Entre ambos grupos no hubo diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de las curvas ($p=0,26$) ni en el índice de flexibilidad ($p=0,28$). El valor angular postoperatorio fue 34,9±15,5° (8-60°) en el G1 (índice de corrección 58,3%) y 34,6±9,9° (21-60°) en el G2 (índice de corrección 58,7%). Este índice tampoco demostró diferencias significativas ($p=0,8$).

CONCLUSIONES

El análisis demuestra que en casos de curvas torácicas entre 60 y 100 grados, con un procedimiento combinado no se obtiene una mayor corrección que si se realiza una única vía posterior con toracoplastia. Las osteotomías costales permiten realizar una liberación posterior que aumenta la flexibilidad de la curva y lleva a mayor corrección angular, mejor resultado estético y evita la potencial morbilidad de una toracotomía además, acorta el tiempo de internación. En la actualidad las liberaciones anteriores no deberían ser una indicación estándar aún en curvas mayores de 90 grados.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE MEDIANTE INSTRUMENTACIÓN POSTERIOR HÍBRIDA

Primer Autor: Navarro Navarro, Ricardo

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria

Resto de Autores: Navarro García, Ricardo; Martín García, Félix; Chirino Cabrera, Airam

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria

OBJETIVOS

Describir nuestros resultados clínicos y radiológicos y la repercusión en la calidad de vida del paciente en el tratamiento quirúrgico de la escoliosis idiopática del adolescente mediante instrumentación posterior híbrida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo de 26 pacientes intervenidos entre 2001 y 2006, con un seguimiento medio de 37,8 meses. Desarrollamos el estudio radiológico prequirúrgico, postquirúrgico inmediato y al final del seguimiento. Hubo 42,3% de curvas de tipo I de Lenke, 46,2% tipo III, 7,7% tipo V y sólo una de tipo VI. Siempre se practicó una instrumentación posterior híbrida con tornillos pediculares distales y ganchos proximales. Se recogieron las necesidades transfusionales y la aparición de complicaciones. Cada paciente rellenó el cuestionario SRS-22.

RESULTADOS

La corrección media postquirúrgica fue del 58% y el 60% en las curvas torácicas y lumbares respectivamente, con una pérdida media de 7 y 5,5 grados. Recogimos tres casos de seroma o infección superficial, un hemotórax y una luxación de gancho. No hubo pseudoartrosis. El cuestionario SRS-22 mostró las siguientes puntuaciones medias: 4,41 en dolor, 4,39 en actividad, 3,91 en autoimagen, 3,98 en salud mental y 3,81 en satisfacción.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La instrumentación y fusión posterior híbrida es una técnica eficaz y segura, con bajo índice de fracasos y pseudoartrosis. Los resultados fueron buenos en cuanto al dolor y actividad, pero discretos en autoimagen y satisfacción personal. No encontramos relación estadísticamente significativa entre la puntuación del test SRS-22 y el tipo de curva, la magnitud de la misma, la corrección absoluta y relativa, el sexo, la edad y la aparición de complicaciones.

CORRECCIÓN DE LAS ESCOLIOSIS IDIOPÁTICAS TORACOLUMBARES (LENKE 5) CON INSTRUMENTACIÓN POSTERIOR

Primer Autor: Zúñiga Gómez, Lorenzo

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Getafe, Madrid

Resto de Autores: Álvarez González, Patricia; Pizones Arce, Javier; Sánchez-Mariscal Díaz, Felisa; Gómez Rice, Alejandro; Izquierdo Núñez, Enrique

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Getafe, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Las curvas toracolumbares se han corregido por vía anterior con unos buenos resultados pero con una vía de abordaje con más complicaciones. Se presentan en un estudio retrospectivo radiológico los resultados de la corrección quirúrgica de las escoliosis idiopáticas toracolumbares por vía posterior, utilizando tornillos pediculares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presentan 13 mujeres con una edad media de 16,6 años (13-26) y un seguimiento mínimo de 18 meses. El número de niveles instrumentados fue de 5,9 de media (5-7) y el rango instrumentado más frecuente fue T11-L3. Se midió en las telerradiografías en el plano AP la magnitud de las curvas y el desequilibrio T1-S1, también el ángulo de inclinación de las vértebras límites instrumentadas superior e inferior. En el plano sagital se midió la cifosis torácica, la lordosis lumbar y la cifosis adyacente.

RESULTADOS

En el plano anteroposterior la magnitud media de la curva toracolumbar preoperatoria, postoperatoria y evolución final fue de 53,5°, 15,5° y 20,5°, respectivamente, obteniendo una corrección final del 61,6%. El desequilibrio de T1 a S1 se ha mejorado pasando de 2,1 cm inicial a 1,4 cm postquirúrgico y 0,9 cm final. El ángulo de la vértebra superior pasó de 22,5° a 8,1° al año y 10,8° al final y la última vértebra instrumentada pasó de 27° pre, 7,9° post y 8,2° final. La curva torácica corrigió de forma espontánea de 35,9° a 24,8°. En el plano lateral la cifosis torácica preoperatoria, postquirúrgica y evolución fue de 24,3°, 33,3° y 33,5° respectivamente y la lordosis lumbar de 58,4°, 57,2° y 55,2°. Solo 1 complicación: infección al mes por *Propionibacterium Acne* + *Staf Epidermidis* que requirió limpieza y EMO al año.

CONCLUSIONES

En nuestra serie la corrección de las escoliosis toracolumbares con instrumentación por vía posterior utilizando tornillos pediculares ha sido buena, consiguiendo una corrección inicial del 71% de la curva principal y una pérdida en el seguimiento de 5° de media. La curva torácica ha corregido 30,9% y el desequilibrio en el plano coronal un 57,1%, manteniendo la cifosis y lordosis en rangos fisiológicos.

ARTRODESIS CERVICAL POSTERIOR CON TORNILLOS EN MASAS LATERALES: ANALISIS CON T.A.C

Primer Autor: Fernández Varela, Tito

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

Resto de Autores: Mhaidli Hamdan, Hani; Lorenzo Rivero, José; Montesdeoca Ara, Arturo; Díaz de Atauri Bosch, Jaime; Vega Layun, Diego

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

OBJETIVOS

Evaluar los resultados radiológicos con TAC y complicaciones en la artrodesis cervical posterior con tornillos en masas laterales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisan retrospectivamente 22 pacientes intervenidos mediante artrodesis cervical posterior con tornillos en masas laterales según técnica de Magerl. Edad media 43 años (17-73). 16 hombres y 6 mujeres. Se realizó TAC preoperatorio y en postoperatorio inmediato, así como radiología simple en preoperatorio y postoperatorio a los 3, 6, 12 y 24 meses. Se analizó la colocación de los tornillos en el plano sagital y axial midiendo el ángulo sagital, axial y la localización de la punta del tornillo con respecto al foramen transverso y las zonas de Héller. Se revisan las complicaciones intraoperatoria y postoperatorias.

RESULTADOS

Se implantaron un total de 141 tornillos en 22 casos. 11 tornillos (7,5%) se reconvirtieron a técnica de Roy-Camille por pullout del mismo. 15 casos eran de etiología traumática (68%), 5 casos etiología degenerativa (23%) y 2 tumoral (9%). 79,4% (112 tornillos) unicorticales y 20,6% (29) bicorticales. Ángulo sagital de 63,8° DT+/-8,7° y ángulo axial de 14,2°DT+/-6,9°. 81% de tornillos (115) se encontraban en zona 2 de Héller. 83% (117) en la zona lateral y 17% en zona central del plano axial, de los cuales 7,8% (10) penetran cortical de agujero transverso. Complicaciones: 1 caso infección superficial de herida, 2 casos de empeoramiento neurológico transitorio en mielopatía cervical, 3 casos de neumonías en pacientes tetrapléjicos. No se objetivó lesión de la arteria vertebral.

CONCLUSIONES

En esta serie encontramos que un 7,8% de los tornillos penetran en agujero transverso vertebral; a pesar de este alto porcentaje no se ha observado repercusión clínica.

CAPACIDAD DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PARA LA SELECCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A DENERVACIÓN PERCUTÁNEA LUMBAR POR RADIOFRECUENCIA (RIZOLISIS) QUE PADECEN DOLOR LUMBAR CRÓNICO DE ORIGEN FACETARIO

Primer Autor: Tomé Bermejo, Félix

Centro de Trabajo: Hospital Virgen de la Salud, Toledo

Resto de Autores: Barriga Martín, Andrés

Centro de Trabajo: Centro Nacional de Parapléjicos de Toledo

OBJETIVOS

Analizar la capacidad de establecer que el dolor lumbar tiene origen facetario mediante un conjunto de siete criterios clínicos predeterminados frente al bloqueo anestésico facetario lumbar (patrón oro), para la selección de pacientes candidatos a rizólisis.

MÉTODOS

Estudio prospectivo de 73 pacientes consecutivos con dolor lumbar crónico de características facetarias. Los pacientes fueron evaluados mediante cuestionario protocolizado valorando la presencia o no de 7 criterios clínicos y de exploración que podrían indicar el origen facetario del dolor. Posteriormente todos los pacientes recibieron un bloqueo anestésico e independientemente del resultado obtenido a los 30 min., sometidos a rizólisis. El dolor se valoró mediante las escalas de valoración del dolor lumbar recomendadas por la GEER. Se consideró resultado positivo en el bloqueo y en la rizólisis una disminución del dolor superior al 50%. Seguimiento mínimo de un año. Software SPSS utilizado para el tratamiento estadístico.

RESULTADOS

Edad media 48,7 años (rango:18-80 años). En pacientes con dolor lumbar de características facetarias el bloqueo anestésico lumbar produce alivio del dolor significativo ($p>0,312$). Se rechaza que no exista relación entre la obtención de alivio tras el bloqueo y el éxito tras rizólisis ($p<0,05$). La presencia de todos los signos predictores del dolor facetario objeto del estudio (dolor que se incrementa tras la bipedestación y la sedestación prolongadas, mejora al levantarse y caminar un poco, se incrementa con la flexión del tronco y las rotaciones, signo facetario positivo y exploración neurológica y Valsalva negativos) distingue a los pacientes que tendrán éxito tras rizólisis. Duración media del alivio del dolor tras rizólisis fue 7,4 meses. Mejoría del dolor medido en EAV y en cuestionario de Oswestry mantenida 6 meses tras rizólisis ($p<0,05$). Al año el 84,5% afirmaron que volverían a someterse al mismo tratamiento.

CONCLUSIONES

Primer estudio prospectivo que caracteriza el dolor lumbar crónico que se alivia mediante rizólisis. Los hallazgos clínicos y exploratorios pueden ser empleados directamente para la selección de pacientes candidatos a rizólisis por dolor lumbar crónico de origen facetario, pudiendo incluso llegar a eliminar el bloqueo anestésico diagnóstico previo. La rizólisis puede ser considerada una eficaz herramienta para el tratamiento del dolor lumbar crónico facetario.

¿EXISTEN FACTORES DETERMINANTES DE RESULTADOS DE LA FUSION EN LA ENFERMEDAD DEGENERATIVA DISCAL LUMBAR?

Primer Autor: Fernández González, Manuel

Centro de Trabajo: Hospital de León

Resto de Autores: Grupo Xia de España (Fernández González, Manuel¹; Villar Pérez, Julio¹; López-Sastre Núñez, Antonio¹; Hernández Encinas, José¹; Betegón Nicolás, Jesús¹; Orovio Elizaga, Javier²; Fuentes Caparrós, Simón³; Álvarez Galovich, Luis⁴; Areta Jiménez, Javier⁵; Fernández Carreira, José Manuel⁶)

Centros de Trabajo: ¹Hospital de León; ²Hospital General de Cataluña; ³Hospital Reina Sofía, Córdoba; ⁴Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid; ⁵Hospital de La Defensa, Madrid; ⁶Hospital San Agustín, Avilés

OBJETIVO

Determinar si hay variables asociadas a los buenos resultados en patología degenerativa lumbosacra tratadas mediante fusión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Evaluamos 90 casos de discopatía degenerativa tratados con fusión instrumentada con seguimiento mínimo de un año. Valoramos: parámetros demográfico, antecedentes patológicos, niveles, tipo de fusión, escalas ODI, SF12, EVA, laboral y grado de satisfacción. Programa de análisis: SPSS.

RESULTADOS

Edad media: 52,15 años (25,8-80,7). 55% son varones. 6,6% con enfermedades endocrinas; 23,7% cardiopulmonares, 17,3% psiquiátricas (depresión), 14,3% con cirugía lumbar previa. En 67 casos (74,4%) artrodesis circunferencial, la mayoría TLIF (23 en L5-S1, 24 en L4-L5, 12 L4-S1, y 8 a otros niveles) y 21 con posterolateral (17 a un solo nivel). ODI (mediana) pasó de 49 a 14. SF12 de 32 a 44 (escala física) y 43 a 51 (mental). EVA lumbar de 7,2 a 2,6 y el radicular de 7,3 a 1,8. No encontramos diferencias en relación con la edad ($P=0,077$) y sexo ($P=0,368$). Los resultados del ODI fueron peores a mayor índice de masa corporal ($P=0,171$), intervenciones previas ($P=0,468$) y comorbilidad (depresión: $P=0,23$), pero en ningún caso existía significación estadística. Sí había diferencias significativas a favor de la fusión tipo posterolateral ($P=0,01$) respecto a la circunferencial, pero ello sólo pudo estudiarse en un nivel de fusión.

DISCUSIÓN

Se trata de un estudio prospectivo y multicéntrico. El estudio se inició en 2003, pero el número de casos a 4 años es bajo, por lo que presentamos, como preliminares, los datos completos a un año. Será interesante comprobar si a mayor evolución obtenemos los mismos resultados.

CONCLUSIONES

Al año postoperatorio no encontramos diferencias en resultados clínicos en las variables estudiadas, salvo mejores resultados en la artrodesis posterolateral que en la circunferencial, a un nivel de fusión.

EVALUACIÓN DE LA FUSIÓN EN ARTRODESIS LUMBAR POSTERO-LATERAL UTILIZANDO UNA MATRIZ DE COLÁGENO-HIDROXIAPATITA CON ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA

Primer Autor: García Menéndez, Constantino

Centro de Trabajo: Hospital de Cabueñes, Gijón

Resto de Autores: Acebal Cortina, Gonzalo; Suárez Suárez, Miguel Ángel;

Moro Barrero, Luis; Iglesias Colao, Roberto; Murcia Mazón, Antonio

Centro de Trabajo: Hospital de Cabueñes, Gijón

Opta a premios
de mejores
comunicaciones
orales

OBJETIVO

Evaluar la tasas de fusión utilizando una matriz de colágeno tipo I (MCI) e hidroxiapatita (HA) en combinación con aspirado de médula ósea (MO) en pacientes intervenidos de artrodesis vertebral postero-lateral (AVPL) y compararlas con los resultados utilizando injerto óseo local autólogo.

INTRODUCCIÓN

Estudios en animales y resultados clínicos iniciales sugieren que la mezcla antedicha es, en determinados casos, un sustituto apropiado del autoinjerto óseo, evitando la morbilidad inherente a su obtención y consiguiendo tasas de fusión similares.

MÉTODOS

Estudio prospectivo en 22 pacientes afectos de patología degenerativa lumbo-sacra. 14 mujeres y 8 hombres. Edad media 55 años en rango 22-79. Todos ellos intervenidos mediante AVPL instrumentada. En el lado derecho se utilizó auto-injerto local y en lado izquierdo una lámina de MCI+HA embebida durante 2-3 minutos en 3-5 cc de aspirado de MO no heparinizado. Seguimiento medio: 28,3 meses en rango 24-37. Estudio radiográfico valorado a los 6 y 24 meses. TC 3D al año en 17 pacientes. Tan solo se consideraron dos situaciones finales posibles: Fusión correcta= masa uniforme entre ambas apófisis transversas; Pseudoartrosis: masa ósea escasa, irregular y/o no continua. Se evaluó la situación de la instrumentación a los 24 meses (roturas y/o lisis peritornillo).

RESULTADOS

Solo se observó fusión ósea correcta en 4 casos con MCI+HA+MO (18%) frente a 15 casos con injerto óseo local (68%), diferencias que fueron estadísticamente significativas entre si ($p=0,0008$, Chi cuadrado) así como con la tasa de fusión de nuestra serie histórica (90%). Imágenes de lisis peritornillo en tres casos en el lado en que se utilizó MCI+HA+MO; 1 paciente ya reintervenido y 2 en lista de espera.

CONCLUSIONES

Las tasas de fusión ósea utilizando MCI+HA+MO son inferiores a las que se obtienen con injerto óseo autólogo.

DOLOR RADICULAR TRAS FUSIÓN LUMBAR INTERSOMÁTICA TRANSFORAMINAL (TLIF)

Primer Autor: Duart Clemente, Julio

Centro de Trabajo: Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona

Resto de Autores: Alfonso Olmos, Matías; Vázquez, Blanca; Valentí Azcarate, Andrés; Villas Tomé, Carlos

Centro de Trabajo: Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona

OBJETIVO

Se valora la incidencia y evolución de alteraciones radiculares postoperatorias relacionadas con el abordaje posterolateral en caso de TLIF, dato sobre el que falta información a pesar de que hay una amplia difusión y variedad de estas técnicas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se evalúan 24 pacientes operados entre 2002 y 2007 con artrodesis posterior y TLIF, con 34 espacios abordados e implantes intersomáticos colocados (1 nivel en 15 pacientes, 2 en 8 y 3 en 1). El diagnóstico fue discopatía degenerativa en 13, espondilolistesis en 9 (8 degenerativa) y pseudoartrosis de artrodesis en 2. Los niveles abordados fueron L3L4 en 4 ocasiones, L4L5 en 18 y L5S1 en 12. Los implantes intersomáticos tenían una altura de 7 mm en 7 casos, 9 mm en 20 y 7 en 11, y se colocaron con facetectomía parcial en 11 casos y total en 23. El seguimiento medio ha sido de 12 m. (4-36)

RESULTADOS

Existió dolor en territorio de la raíz saliente en 15 pacientes (62%) que comenzó al tercer día em promedio (1º a 4º). La raíz afecta fue L4 en 8 pacientes (abordaje L4L5) y L5 en 7 (abordaje L5S1). Sólo 1 de los pacientes tuvo un déficit motor leve, con fuerza 4/5. Un paciente tuvo hipoestesia que se recuperó espontáneamente. El dolor precisó tratamiento sintomático y se resolvió en el 80% de casos antes de la primera revisión tras el alta (a los 2 meses). Tres pacientes multioperados y con problemas afectivos y/o laborales, precisaron largo tratamiento en la unidad del dolor.

DISCUSIÓN

Aunque no está referido regularmente en la literatura, parece haber una alta incidencia de dolor radicular por la manipulación del espacio foraminal al realizar una TLIF. En la experiencia presentada, los equipos quirúrgicos tenían experiencia mayor de 20 años en cirugía anterior por vía posterior. Ante casos similares parece natural esperar que las citadas radiculopatías puedan suceder, incluso necesitar tratamiento especial para el dolor, aunque normalmente cabe esperar la recuperación total.

INFECCIÓN TARDIA EN ARTRODESIS LUMBARES INSTRUMENTADAS

Primer Autor: Plasencia Arriba, Miguel Ángel

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid

Resto de Autores: Maestre García, Carmen

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid

INTRODUCCIÓN

Existe muy escasa información bibliográfica sobre la infección tardía de las artrodesis lumbares instrumentadas.

OBJETIVO

Analizar la incidencia, factores de riesgo y resultado clínico a largo plazo de esta complicación, dato no reseñado previamente en la literatura.

MÉTODO

Estudio retrospectivo de 327 pacientes intervenidos entre 2000 y 2006 de artrodesis lumbar instrumentada con seguimiento mínimo de un año. Se estudia el historial médico de pacientes infectados para determinar: incidencia global, factores de riesgo y forma de presentación clínica. Se evalúa el resultado final teniendo en cuenta criterios de dolor, necesidad de analgésicos, nivel de actividad y estatus laboral.

RESULTADOS

El número total de infecciones tardías ha sido de 9, lo que da una tasa de 2,75%. En 4 casos presentaron dolor lumbar persistente tras un período asintomático y 5 tenían problemas cutáneos de la herida quirúrgica. El tiempo promedio de aparición fue de 18 meses desde la cirugía. El germen más frecuente fue el estafilococo aureus, si bien en 2 casos los cultivos fueron estériles. El 55% tenía una VSG y PCR elevada. Se constató osteolisis alrededor del tornillo pedicular en las RX como único hallazgo premonitorio. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la patología lumbar de base, el tipo de técnica quirúrgica utilizada o el número de segmentos fusionados. Reseñan que 2 pacientes presentaron fiebre en el postoperatorio inmediato y 4 presentaron seroma persistente en la herida quirúrgica. En todos ellos se ha realizado posteriormente cirugía mediante desbridamiento, extracción de la instrumentación y cierre primario. Se determinó, tras el seguimiento, un resultado clínico malo en 4 pacientes (44%).

CONCLUSIONES

La infección en las artrodesis vertebrales instrumentadas es rara, pero cuando existe se convierte en un problema formidable. La masa de fusión suele ser viable y no se encuentra supuración ni secuestros. La extracción del implante es el tratamiento de elección pero provoca cierto colapso del espacio intervertebral. La retención de la instrumentación en infecciones tempranas hasta permitir la artrodesis, es una estrategia válida pero será necesario anticipar la necesidad de su futura extracción. Sólo un 50% de pacientes están asintomáticos, lo que implica una alta morbilidad asociada a infecciones.

FRACTURAS VERTEBRALES TÓRACO-LUMBARES TIPO ESTALLIDO. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO MEDIANTE INSTRUMENTACIÓN CORTA INCLUYENDO LA VÉRTEBRA FRACTURADA

Primer Autor: Itimie, Petrea

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona

Resto de Autores: Marsoll Puig, Ana; Huguet Comelles, Ramón; Escala Arnau, Joan; Giné, Josep

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona

OBJETIVOS

El objetivo de nuestro estudio es valorar los resultados del tratamiento de las fracturas toraco-lumbares por estallido, inestables, mediante instrumentación corta incluyendo la vértebra fracturada.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes tratados por una fractura estallido inestable toraco-lumbar (T11 hasta L2) entre enero 2000 y diciembre 2006, mediante artrodesis por vía posterior con instrumentación corta incluyendo la vértebra fracturada e injerto autólogo. Se han incluido 35 pacientes (22 hombres y 10 mujeres) con edad media de 37 años, presentando una única fractura estallido postraumática. Se excluyeron 3 pacientes por falta de seguimiento. La vértebra mas frecuentemente fracturada fue L1 (14 pacientes). Se han utilizado las clasificaciones de Denis y Magerl. Se han valorado: afectación neurológica y la ocupación del canal medular inicial, la cifosis regional, el índice sagital, el porcentaje de disminución de la altura vertebral anterior, al inicio, en el postoperatorio inmediato y al año. El seguimiento medio realizado ha sido de 20 meses.

RESULTADOS

24 fracturas (75%) corresponden al tipo IIB de Denis. Según la clasificación de Magerl, 17 fracturas (53%) correspondieron al tipo A3.2.1. 30 pacientes no presentaron afectación neurológica inicial, 1 correspondió a un síndrome de cono medular y el otro fue un tipo C de Frankel. La ocupación media de canal fue 30,31%. La cifosis regional media inicial pasó de 15° a -0,06° en el postoperatorio inmediato ($p < 0,001$) con una pérdida de corrección media al año de 2,52°. El índice sagital medio pasó de los 18,25° iniciales a 6,45° en el postoperatorio inmediato ($p < 0,001$), siendo la pérdida de corrección media al año de 1,8°. La disminución media de altura vertebral anterior se recuperó desde 39,79% a 19,97% ($p < 0,001$) en el postoperatorio inmediato con pérdida de corrección media de 0,29% al año. Tuvimos un caso de infección profunda y un paciente presentó desanclaje parcial del material.

CONCLUSIONES

La artrodesis corta vía posterior, instrumentando la vértebra fracturada en las fracturas toraco-lumbares por estallido, proporciona una restauración de la morfología vertebral y de la alineación en el plano sagital. Es una técnica útil con mínima pérdida de corrección al año. Nuestros resultados son similares a los hallados en la bibliografía.

EFICACIA DE LA INSTRUMENTACIÓN PEDICULAR SEGMENTARIA CORTA EN LA REDUCCIÓN Y CONTENCIÓN DE LAS FRACTURAS ESTALLIDO DE LA CHARNELA TÓRACO-LUMBAR

Primer Autor: Hernández Fernández, Alberto

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

Resto de Autores: Pellisé Urquiza, Ferran; Reynier, Mariano; Batalla, Lledó; Amat, Carlos; Bagó Granell, Joan; Villanueva Leal, Carlos

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Los estudios que evalúan la eficacia de la instrumentación pedicular segmentaria corta (IPSC) solo incluyen fracturas de baja conminución ("Load-Sharing"<7). Ningún estudio evalúa exclusivamente los resultados de la IPSC en fracturas de la charnela tóraco-lumbar (T11-L2).

OBJETIVOS

Evaluar la capacidad de reducción y de contención de la IPSC (2 segmentos-6 tornillos) en las fracturas estallido de T11-T12-L1-L2.

MÉTODOS

Población de estudio: pacientes con fractura-estallido no osteoprótica de T11 a L2, intervenida entre 01/01/00 y 31/12/05 mediante IPSC. Parámetros morfológicos evaluados: tipo de fractura (Denis, AO, TLICS), conminución ("Load-Sharing"), cifosis (local, regional, T11-L2), altura somática (ASAnterior y ASPosterior). Para cada paciente, dos investigadores independientes evaluaron los datos preoperatorios, postoperatorios, a los 6 meses y a los 2 años de la cirugía. El valor final de las variables continuas fue la media de las mediciones. En las variables categóricas el valor final se decidió por consenso.

RESULTADOS

Se han evaluado 69 (80,2%) de los 86 pacientes que cumplían criterios de inclusión: 51 varones/18 mujeres, con una edad media de 35,4 años. La vértebra fracturada fue L1 en 38 casos, T12 en 18, L2 en 10 y T11 en 3. La puntuación media "Load-Sharing" fue 5.8+/-1.49 (rango 2 a 9). Se operaron a los 11.3 +/-7 días de la fractura (rango 1 a 36). Tiempo quirúrgico medio 110 minutos, sangrado 438 cc. La cirugía mejoró la deformidad post-traumática: ASA preop 64.5% - postop 86.3% (p=0.000); cifosis local preop 17.3° - postop 6.7° (p=0.000); cifosis regional preop 15.8° - postop 2.6° (p=0.000); cifosis T11-L2 preop 15.2° - postop 3.5° (p=0.000). El tiempo de espera para cirugía modificó significativamente la capacidad de reducción de la IPSC (r=0.521, p=0.000). La cifosis regional o del área instrumentada sufrió un deterioro postoperatorio significativo: 0-6 meses 2,8° (p=0.005); 6-24 meses 2,5° (p=0.032). El deterioro fue mayor en las fracturas con más conminución (r=0.57, p=0.004): 1°+/-2.7 si "Load-Sharing" menor de 7,5.5°+/-5.2 si "Load-Sharing" mayor de 6.

CONCLUSIONES

La IPSC es eficaz en la reducción precoz de las fracturas estallido de la charnela tóracolumbar. Su capacidad de contención es aceptable pero queda sujeta a la conminución de la fractura instrumentada.

RESULTADO FUNCIONAL, CALIDAD DE VIDA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS TORACOLUMBARES

Primer Autor: García Nuño, Laura

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona

Resto de Autores: Matas Pareja, Mariano; Abarca, Javier; Ubierna Garces, María Teresa; Iborra González, Miquel; Cavanilles Walker, José M.^a; Roca Burniol, Jaume; Aparicio, Pilar
Centro de Trabajo: Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Las fracturas toracolumbares se cuentan entre las lesiones más severas del esqueleto. Son frecuentemente resultado de traumatismo de alta energía sobre todo en pacientes jóvenes. Se han discutido diferentes estrategias quirúrgicas para conseguir una reducción estable. Sin embargo existe poca información relacionada a la calidad de vida y capacidad funcional final en estos pacientes.

OBJETIVO

Evaluar la calidad de vida a medio plazo en pacientes con fractura toracolumbar tratados quirúrgicamente. Identificar los factores que influyen en el resultado clínico final.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han estudiado 30 pacientes (20 varones y 10 mujeres) intervenidos por fractura toracolumbar. Se incluyen pacientes entre 18 y 65 años, con único nivel de fractura y sin lesión neurológica. El seguimiento medio es de 8,1 años, con un mínimo de 3 años. Radiológicamente se mide el ángulo de cifosis segmentaria (Cobb) al final del seguimiento, nivel de fractura, niveles fusionados, retirada o no del material. El resultado clínico se mide mediante la escala de dolor de Denis. Para el resultado funcional se utiliza el cuestionario de discapacidad de Oswestry, la escala de trabajo de Denis y el cuestionario de salud SF-36.

RESULTADOS

El ángulo de cifosis residual medio es de 12,5°. Un 27% de los pacientes refiere dolor severo o constante, un 41,1% no dolor o dolor ocasional y un 32% precisa medicación. Un 44% de la muestra realiza actividad laboral remunerada y un 34% en el mismo trabajo anterior. Un 24% de la muestra está en situación de invalidez. Un 13% muestra un grado de discapacidad severa y un 66% discapacidad moderada. En los 8 dominios del cuestionario SF-36 muestran valores claramente por debajo de la población sana, siendo claramente inferior en las mujeres.

CONCLUSIONES

El resultado funcional del tratamiento quirúrgico de las fracturas toracolumbares muestra valores de discapacidad y de pérdida de calidad de vida que no se ha relacionado con las variables estudiadas.

INSTRUMENTACION SIN ARTRODESIS DE LAS FRACTURAS VERTEBRALES DE LA CHARNELA TORACOLUMBAR. REVISIÓN Y RESULTADOS

Primer Autor: Femenias Rosselló, Juan Miguel

Centro de Trabajo: Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca

Resto de Autores: Ripoll Estela, Guillermo; Llabrés Comamala, Marcelino; Jurado Serrano, Pablo; Rubi Jaume, Miguel

Centro de Trabajo: Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca

OBJETIVOS

1. Definir el criterio que seguimos en las fracturas vertebrales toraco-lumbares para indicar cirugía de instrumentación vertebral sin artrodesis y posterior retirada del material.
2. Analizar nuestros resultados valorando la pérdida de reducción, el dolor, la incapacidad, la reincorporación laboral y la satisfacción por el tratamiento recibido.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre 1999 y 2006 hemos operado en nuestro servicio 37 casos de fracturas vertebrales aplicando la técnica de instrumentación vertebral corta incluyendo la vértebra fracturada sin realizar artrodesis. Incluimos en este estudio 26 pacientes en que hemos podido completar el tratamiento (retirada del instrumental) y el seguimiento. En todos los casos se practicó estudio RX y TAC, clasificando la fractura según Denis. Los criterios de indicación de esta técnica incluyen las variables de la edad (menores de 60 años), las características anatomopatológicas de la fractura (fracturas Denis I y Denis II con los ligamentos posteriores íntegros) y los gestos quirúrgicos que van a ser necesarios (no se precisa laminectomía).

Se analiza la evolución de la cifosis y entrevistamos al paciente aplicando el set de instrumentos de valoración recomendado por la GEER (escala visual analógica de intensidad del dolor, índice de discapacidad de Oswestry, situación laboral y satisfacción del paciente con el tratamiento recibido).

RESULTADOS

Cifosis media preoperatoria: 16,5°, postoperatoria 6° y en el control evolutivo hay una pérdida de reducción media de 4,5°. VAS 0 a 6 (promedio 1,6 estando tan solo 2 por encima de 5). Oswestry 0 a 22% (promedio 8%. Todos con incapacidad mínima salvo 1 moderada). Satisfacción por el tratamiento recibido: 4 a 5 (promedio 4,76%). 23 pacientes han vuelto a trabajar, 1 ha tenido que cambiar de trabajo y 2 no han vuelto a trabajar por circunstancias ajenas a la fractura vertebral.

CONCLUSIONES

- Los resultados obtenidos en este estudio son plenamente satisfactorios y superponibles a series de otros autores en que se realiza artrodesis.
- Ventajas: menor morbilidad y tiempo quirúrgico al no tener que abordar cresta iliaca, devolución a la charnela toraco-lumbar de la movilidad y distribución de tensiones más anatómo-fisiológicas. Posible y mejor aceptación psicológica por parte del paciente al no llevar instrumentación.
- Inconvenientes: precisa cirugía de extracción del material.

USO DE LOS ANÁLISIS ESTADÍSTICOS EN LOS ARTÍCULOS ORIGINALES DEL APARTADO COLUMNA DE LA REVISTA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

Primer Autor: Valverde García, José Antonio

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

Resto de Autores: Cebrián Rodríguez, Elisa; Sánchez Hernández, Natalia; González Sagrado, Manuel; García Alonso, Manuel

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

OBJETIVOS

Descripción de los tipos de análisis estadísticos realizados en la sección “Originales”, apartado columna, de la Revista de Ortopedia y Traumatología entre los años 2003-2007.

MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo transversal, analizando todos los originales del apartado columna de la Revista de Ortopedia y Traumatología, publicados durante los años 2003 a 2007. Fueron estudiadas las secciones de Material y Método y Resultados, identificando los análisis efectuados para clasificarlos en distintas categorías (Emerson y Colditz).

RESULTADOS

En total se estudiaron 13 trabajos, mencionándose el análisis estadístico en 4 de ellos, siendo las categorías más frecuentes: estadística descriptiva (3 casos), pruebas t de Student y pruebas z (1 caso), tablas bivariantes (2 casos), estadísticos demoepidemiológicos (2 casos) y análisis de varianza (1 caso).

CONCLUSIONES

Un porcentaje considerable de estos artículos no incorpora análisis estadísticos en su desarrollo. Es necesaria la difusión de recomendaciones explícitas sobre la ejecución y presentación de los análisis estadísticos y aconsejable que los profesionales profundicemos en nuestros conocimientos estadísticos.

AISLAMIENTO Y CARACTERIZACIÓN DE CÉLULAS MADRE MESENQUIMALES (MSC) A PARTIR DE MUESTRAS DE NÚCLEO PULPOSO HUMANO

Primer Autor: Blanco Blanco, Juan Francisco

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Salamanca

Resto de Autores: Sánchez Guijo, Fermín¹; Villarón Ríos, Eva¹; De la Fuente Gracciani, Ignacio¹; García Briñón, Jesús²; Barbado González, Victoria²; Santamaría, Carlos¹; Del Cañizo Fernández-Roldán, M.^a Consuelo¹

Centros de Trabajo: ¹Hospital Universitario de Salamanca; ²Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca

OBJETIVOS

Mostrar las características de la células madre mesenquimales humanas procedentes del núcleo pulposo del disco intervertebral y su comparación con el “gold” estándar, las obtenidas del aspirado de la cresta iliaca.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizan 5 pares de muestras obtenidas de 5 pacientes que consintieron participar en el estudio. Los fragmentos del núcleo pulposo se procesaron con fragmentación y digestión enzimático de los mismos con colagenasa. De la cresta iliaca se aspiró 5 cc de contenido de la médula ósea que también se procesó. En ambos casos las células adherentes se plantaron en medios de cultivo donde se realizaron sucesivos pases. El aspirado medular fue centrifugado en gradiente de densidad, obteniéndose una suspensión de células monucleadas. Ambos tipos celulares fueron expandidos para la obtención de MSC, es decir, cultivadas en un medio que contenía DMEM con 10% de suero bovino fetal (FCS) en una atmósfera a 37°C con 5% de CO₂, durante al menos 4 pases. Se emplearon anticuerpos monoclonales CD90, CD73, CD166, CD105, CD45, CD34, HLA-DR, CD14, CD19, y estudio en un citómetro de flujo FACScalibur (Becton Dickinson). Además, se cultivaron en un medio de diferenciación osteogénico, adipogénico y condrogénico. Transcurrido este tiempo, se realizó tinción citoquímica con fosfatasa alcalina, rojo al aceite y agregan, respectivamente. Finalmente, se evaluó la capacidad de las MSC para mantener la hematopoyesis.

RESULTADOS

Las CSM procedentes del núcleo pulposo del DIV presentan características fenotípicas similares a las procedentes de la cresta iliaca, son capaces de mantener al hematopoyesis y se diferencian a hueso grasa y cartilago como lo hacen las MSC.

CONCLUSIONES

1. Hay MSC en el núcleo pulposo lo que confirma los datos de Risbud et al.
2. Dadas las características comentadas es posible considerar como una posibilidad terapéutica utilizar las MSC de la cresta iliaca para el tratamiento de las MSC.
3. También permite considerar la posibilidad de estimular las MSC residentes del núcleo para el tratamiento de dicha patología.

TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO PARA LAS PROTUSIONES DISCALES EN COLUMNA LUMBAR ALTA. ESTUDIO ANATÓMICO TOPOGRÁFICO EN CADÁVERES

Primer Autor: Krämer, Robert

Centro de Trabajo: Centro Médico Teknon, Barcelona

Resto de Autores: Aguilar Fernández, Lluís

Centro de Trabajo: Centro Médico Teknon, Barcelona

DISEÑO DEL ESTUDIO

Preparación anatómica de la porción preganglionar extratecal de la raíz lumbar. Longitud en relación a la vértebra y al disco correspondiente.

OBJETIVO

Estudio de las causas de poca significación clínica de las protusiones discales de la columna lumbar alta a pesar de ser voluminosas.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El alto porcentaje de patologías discales en L4/L5 y L5/S1 en comparación de L1-L4 no es debido sólo a razones biomecánicas por aumento de la presión de los discos lumbares bajos. La relación topográfica entre la porción sensitiva extratecal de la raíz espinal y el disco correspondiente se han de tener en cuenta.

MÉTODO

En 5 columnas lumbares de cadáveres se estudió la porción preganglionar extratecal de la raíz del nervio espinal en proyección a la superficie anterior del canal espinal y se dividió en dos segmentos: el que se encuentra detrás del cuerpo vertebral y el que está detrás del disco adyacente caudal.

RESULTADOS

La longitud de la parte preganglionar extratecal de la raíz aumenta constantemente de L1 a L4 de 7,3 mm a 11,4 mm. L5 (16 mm) y S1 (14,8 mm) presentan una porción más larga. No hay diferencia entre derecha e izquierda. Las raíces nerviosas de L1 a L4 se sitúan completamente detrás del cuerpo vertebral. Tan sólo las raíces L5 y S1 cruzan el disco correspondiente.

CONCLUSIÓN

Protusiones y herniaciones discales en el canal espinal entre L1 y L4 solamente comprimen el saco dural y habitualmente no requieren tratamiento quirúrgico. En L4/L5 y L5/S1 las raíces tienen contacto directo con los discos intervertebrales y producen más síntomas y de más importancia neurológica.

PALABRAS CLAVE

Raíces nerviosas lumbares, estudios anatómicos, relación disco-raíz nerviosa, síndromes radiculares, indicación quirúrgica lumbar.

TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO DE LOS SECUESTROS LIBRES EN LA CAVIDAD POSTERIOR DE LOS CUERPOS VERTEBRALES LUMBARES. ESTUDIO MORFOMÉTRICO EN CADÁVERES

Primer Autor: Aguilar Fernández, Lluís

Centro de Trabajo: Centro Médico Teknon, Barcelona

Resto de Autores: Krämer, Robert¹; Köster, Odo²; Theodoridis, Theodoros³; Ludwig, Jörn⁴

Centros de Trabajo: ¹Centro Médico Teknon, Barcelona; ²Departamento de Radiología de la Clínica Universitaria St. Josef-Hospita, Bochum, Alemania; ³Instituto para el Estudio del Raquis de la Universidad Ruhr de Bochum, Alemania; ⁴Clínica Ortopédica Straubing, Alemania

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio in vitro de medición del espacio epidural anterior lumbar.

OBJETIVO

Descubrir si la cavidad situada tras el cuerpo vertebral es capaz de contener fragmentos discales de tamaño medio sin compresión de las estructuras neurales. Secuestros libres se desplazan infra o supradiscalmente en la concavidad del espacio epidural anterior mostrándose asintomáticos o con sintomatología leve pese a presentar tamaños voluminosos.

MÉTODO

Se ha medido en 25 cadáveres el volumen del espacio epidural anterior, entre la membrana peridural y la cavidad posterior del cuerpo L3-L4-L5-S1, en ambos lados, por inyección de Technovit plástico seguido con medición del volumen y reconstrucción por TAC.

RESULTADOS

Los volúmenes obtenidos fueron de 0,23 ccm para L3 a 0,34 ccm para L5. Los volúmenes de las concavidades de los mismos compartimentos también mostraron un aumento del volumen de craneal a caudal en la reconstrucción con TAC.

CONCLUSIÓN

Los compartimentos retrovertebrales de los espacios epidurales anteriores lumbares son capaces de contener fragmentos discales de tamaño medio sin que se produzcan graves síntomas clínicos. No es necesario un tratamiento quirúrgico aunque las imágenes del secuestro sean impresionantes.

PALABRAS CLAVE

Espacio epidural anterior, anatomía del raquis, hernia discal lumbar, secuestro discal, indicación de cirugía lumbar.

ANÁLISIS BIOMECÁNICO DE LAS CONSECUENCIAS DE UNA DOBLE FIJACIÓN HÍBRIDA SOBRE LA COLUMNA LUMBAR

Primer Autor: Cabello Gallardo, Juan

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona

Resto de Autores: Roca Burniol, Jaime; Iborra González, Miquel; Cavanilles Walker, José María; Izquierdo, Óscar

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona

OBJETIVO

Valorar la repercusión biomecánica de la doble fijación híbrida, rígida y dinámica, sobre el nivel suprayacente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Utilizando 6 espécimenes de L3 a S1 columna de cadáver, se realiza la medición de la presión intradiscal (PID) en los discos L3-4, L4-5 y L5-S1, en las 3 condiciones siguientes: espécimen intacto, con fijación rígida en L5-S1 y doble fijación híbrida añadiendo el sistema DYNESYS en L4-5. Los 6 espécimenes fueron sometidos a cargas progresivas de fuerza de hasta 750 N en compresión axial, flexión anterior y extensión.

RESULTADOS

En el disco L3-4, suprayacente a la estabilización dinámica se produce un incremento de la PID de un 10%. En L4-5 el implante dinámico consigue un descenso de la PID de un 50%. La PID del disco con instrumentación rígida L5-S1 se reduce en un 65%.

CONCLUSIONES

La PID del segmento adyacente al implante dinámico es mucho menor que en las instrumentaciones rígidas. Dynesys es un sistema que aporta protección al disco por encima de la fusión rígida.

ESTUDIO DE LA ADHESIVIDAD “EN TIEMPO REAL” DE OSTEÓBLASTOS A DISTINTOS BIOMATERIALES UTILIZADOS EN CIRUGÍA DEL RAQUIS

Primer Autor: Pino Mínguez, Jesús

Centro de Trabajo: Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Resto de Autores: Couceiro Otero, Ramiro¹; Silva Rivero, María Teresa¹; Díez Ulloa, Máximo Alberto²; Couceiro Follente, José²

Centros de Trabajo: ¹Instituto de Ortopedia y Banco de Huesos y Tejidos Universidad de Santiago de Compostela; ²Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN

En el momento actual se han desarrollado múltiples biomateriales para su implantación en cirugía del raquis. Actualmente la investigación sobre biomateriales está limitada por la utilización de herramientas útiles, versátiles en la evaluación de las interacciones de las células con las superficies de los mismos, en tiempo real. Está universalmente aceptado que la biocompatibilidad de un material esta íntimamente relacionada con la adhesividad celular a su superficie.

OBJETIVOS

Realizar un estudio de la adhesividad en tiempo real de osteoblastos cultivados in vitro a 3 distintos biomateriales, utilizados en cirugía del raquis. El titanio, el tantalio y la hidroxiapatita, valorando su biocompatibilidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se cultivó una línea de osteoblastos SAOS-2, en D-MEM, y posteriormente fueron pasados por 4 discos QCM-Sense, de titanio, tantalio, hidroxiapatita y oro (para control) y se realizó estudio de superficie mediante microscopía de fuerza atómica, y de adhesividad por microscopía de barrido, y se realizó la cuantificación de la masa de células adheridas, con la técnica QCM-S con disipación. El método de cuantificación QCM-S mide las células adheridas a la superficie con relación a la frecuencia de vibración de los discos, y la disipación. Para el estudio estadístico se aplico el paquete SPSS14.0.

RESULTADOS

Se cuantificó la adhesión en tiempo real cada minuto, realizándose una estadística final, a la hora de haber pasado las células por las distintas superficies observando la masa depositada en cada disco, apreciando que la mayor masa de células se depositó en tantalio (2696,775) que en titanio (2597,610) y que en HA (2573,614). Comprobándose por las técnicas microscópicas anteriormente descritas las imágenes de los osteoblastos adheridos.

CONCLUSIONES

La técnica QCM- S en diversos estudios ha demostrado ser superior a otras como espectrofluorometría o distintos sistemas de contaje, o en lo que respecta a la cuantificación de la adhesión de células a diferentes superficies. En el nuestro la adhesión de osteoblastos ha sido superior en el tantalio, resultando luego muy semejante la adhesión al titanio y a la HA, siendo en todas ellas muy superior la adhesión con relación al control utilizado con discos de oro.

¿EXISTE LA CIRUGÍA SECUNDARIA EN LA ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE?

Primer Autor: Soler Algarra, Susana

Centro de Trabajo: Hospital Universitario La Fe, Valencia

Resto de Autores: Bas Hermida, Teresa¹; Bas Hermida, Paloma¹; Franco, Nuria¹; Ariño Gimeno, Vicente¹; Pérez Millán, Luis Antonio¹; Bonete, Daniel¹; Escribá Roca, Ismael¹; Bas Conesa, José Luis²

Centros de Trabajo: ¹Hospital Universitario La Fe, Valencia; ²Hospital Universitario Casa de la Salud, Valencia

INTRODUCCIÓN

El índice de complicaciones en la cirugía de la escoliosis se ha estimado en un 17.8% (SRS 2007). Un porcentaje de dichas complicaciones da lugar a una segunda cirugía no programada. El porcentaje de segunda cirugía es de un 7,3%.

OBJETIVO

Determinar el porcentaje de 2ª cirugía en la escoliosis idiopática del adolescente en un solo centro y las causas que la desencadenan.

MÉTODO

Se realiza un estudio retrospectivo consecutivo de 152 pacientes afectos de escoliosis idiopática del adolescente tratadas de forma quirúrgica en un centro único entre enero 1996-2005. De los cuales 114 (75%) se sometieron a artrodesis posterior, 17 (11,2%) a artrodesis anterior y 21 (13,2%) a doble vía.

RESULTADOS

21 pacientes de los 152 intervenidos sufrieron alguna complicación (13,82%) y 11 pacientes (7,24%) necesitaron un reintervención que previamente no se le había explicado. Existe un porcentaje de pacientes que necesitan intervención pero no han querido realizársela en el momento de la revisión. Si analizamos los casos intervenidos en 2 grupos: 1º grupo intervenidos entre 1996-2000 y segundo grupo entre 2001-2005 aparecen 2 grupos muy homogéneos que nos permite analizar y valorar el paso de la experiencia:

		POSTERIOR	ANTERIOR	DOBLE
1996-2000	(75)	62 (82,7%)	6 (8%)	7 (9,3%)
2001-2005	(77)	52 (67,5%)	11 (14,3%)	14 (18,2%)
REINTERVENCIONES		1996-2000 (75)	2001-2005 (77)	
INFECCION		7 (9,3%)	4 (5,2%)	
(2,7%)		2		
PSEUDOARTROSIS		0		
Y EXTENSIÓN DE LA FUSIÓN		5 (6,7%)	4 (5,2%)	

La incidencia de reintervenciones ha disminuido de forma significativa pero muy condicionada por el tiempo de evolución. Analizando el porcentaje de reintervenciones se puede obser-

var que el grupo de infecciones se ha reducido de forma drástica de un 2,7% a un 0%, acompañado de una reducción leve del porcentaje de pseudoartrosis de un 6,7% a un 5,2%.

CONCLUSIONES

La necesidad de una cirugía secundaria de la escoliosis idiopática del adolescente es del 7,24% en nuestro centro. La evolución en consultas externas de estos pacientes debe ser superior a los 2 años ya que la calidad de los implantes y los nuevos tratamientos antibióticos ha retrasado la aparición de complicaciones y el porcentaje de nuevas cirugías.

EFECTO EN LA CIFOSIS TORÁCICA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ESCOLIOSIS MEDIANTE ALINEACIÓN COPLANAR

Primer Autor: Burgos Flores, Jesús

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Resto de Autores: Hevia Sierra, Eduardo¹; Piza Vallespir, Gabriel²; Sampera Trigueros, Ignacio²; Domenech Fernández, Pedro³; Riquelme García, Óscar⁴

Centros de Trabajo: ¹Hospital La Fraternidad, Madrid; ²Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca; ³Hospital General Universitario de Alicante; ⁴Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las escoliosis idiopáticas torácicas se asocia a una disminución de la cifosis fisiológica. El tratamiento quirúrgico mediante abordaje posterior y tornillos pediculares tiene tendencia a incrementar este aplanamiento del dorso en el plano sagital. La pérdida de cifosis implica una pérdida de la divergencia posterior de los ejes anteroposteriores de las vértebras. El objetivo de este trabajo es presentar los resultados postoperatorios del plano sagital torácico en pacientes intervenidos mediante Alineación Coplanar (AC).

MÉTODOS

Estudio prospectivo multicéntrico sobre 45 pacientes con escoliosis (tipos 1 (27), 2 (5), 3 (6), 5 (2) y 6(5) según la clasificación de Lenke; 33H/12V; edad media 14,9 años) tratados mediante abordaje posterior, instrumentación con tornillos pediculares y corrección mediante AC. La técnica de AC corrige el plano coronal y transversal mediante la alineación de los ejes vertebrales en un plano sagital único, mientras que la cifosis torácica se obtiene mediante la recuperación de la divergencia posterior de estos ejes. Las mediciones radiológicas se realizaron en radiografías de raquis completo en carga pre y postoperatorias.

RESULTADOS

Las curvas torácicas principales se corrigieron de 61,3° a 18,8° por termino medio. La rotación vertebral media en el ápex pasó de 21,4° a 10,2°. La cifosis torácica media preoperatoria (T5-T12) era de 23,5° (Modificador sagital de Lenke: (-): 11 casos, N: 27 casos y (+): 7 casos). Postoperatoriamente, la cifosis media era de 19,9°, con modificador sagital (-) en 0 casos, N en 44 y (+) en 1. La variación media de la cifosis fue de -3,6° para el conjunto de los casos. Sin embargo, la variación en los casos con cifosis inicial de menos de 20° fue de +8,4°.

CONCLUSIONES

En esta serie, la AC ha demostrado su capacidad para normalizar la cifosis torácica, aumentándola en los casos con cifosis inicial baja y disminuyéndola en los cifóticos. La corrección de la hipocifosis torácica mediante la recuperación de la divergencia posterior de los ejes anteroposteriores de las vértebras ofrece una nueva posibilidad para mejorar la corrección del planos sagital en pacientes tratados mediante abordaje posterior y tornillos pediculares.

EVALUACIÓN DE LA CIFOSIS PROXIMAL AL ÚLTIMO NIVEL INSTRUMENTADO SUPERIOR EN PACIENTES INTERVENIDOS POR ESCOLIOSIS: DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO

Primer Autor: Coll Mesa, Luis

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife

Resto de Autores: Sacramento Domínguez, Cristina; Piñera Parrilla, Ángel Ramón; Pérez García, Eva; Vayas Díez, Raquel

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife

OBJETIVOS

Los objetivos fueron evaluar el efecto de la cirugía en la cifosis proximal al último nivel instrumentado superior y su asociación con el balance sagital.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio retrospectivo incluyó 15 pacientes intervenidos por escoliosis entre 2002-2007. Se realizaron radiografías AP y lateral, en el preoperatorio, postoperatorio inmediato y a los dos años. Se midió el ángulo de Cobb de la curva principal, el balance sagital (BS), la cifosis, lordosis y la cifosis proximal al último nivel instrumentado superior (CPUIS).

RESULTADOS

La edad media fue $18\pm 5,5$ años. Según la clasificación de Lenke, los tipos de curva fueron: 3 con Lenke tipo I, 5 (II), 2 (III), 4 (V) y 1 (VI). La media de niveles fusionados fue $11\pm 3,3$. Doce pacientes presentaron un BS negativo preoperatoriamente y tres BS positivo. La media del porcentaje de pérdida de corrección de la curva principal fue $6\pm 6,83$. Por un lado, se encontraron diferencias entre el preoperatorio y el postoperatorio en el ángulo de Cobb de la curva principal ($59\pm 11,7$ vs. $22\pm 6,4$; $P=0.001$). Por otra parte, se encontraron diferencias entre el postoperatorio inmediato y a los dos años en el ángulo de Cobb ($22\pm 6,4$ vs. $26,8,7$; $P=0.006$), la cifosis ($21\pm 6,1$ vs. $24\pm 7,9$; $P=0.01$) y la lordosis ($49,8\pm 8,0$ vs. $54\pm 9,1$; $P=0.03$). Finalmente, se encontraron diferencias entre el preoperatorio y a los dos años en la CPUIS ($6\pm 4,7$ vs. $11\pm 8,7$; $P=0.035$), y una asociación significativa entre la CPUIS en el preoperatorio y a los dos años ($0,73$; $P=0.002$).

No se encontró asociación significativa entre la CPUIS y la cifosis ($p=61554$; $=0.319$; $P=0.25$) o entre la CPUIS y el SB ($p=61554$; $=0.37$; $P=0.17$).

CONCLUSIONES

La hipercifosis es un factor de riesgo para el desarrollo de CPUIS. Nosotros no encontramos asociación entre la CPUIS, a los dos años del postoperatorio, el grado de cifosis y el BS positivo. Una limitación de nuestro estudio fue el tamaño muestral.

¿CONSIGUE LA LIBERACIÓN POSTERIOR A MÚLTIPLES NIVELES MEJORAR LA CORRECCIÓN DE LAS CURVAS EN LA ESCOLIOSIS IDOPÁTICA DEL ADOLESCENTE?

Primer Autor: Pizones Arce, Javier

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Getafe, Madrid

Resto de Autores: Sánchez-Mariscal Díaz, Felisa; Álvarez González, Patricia; Zúñiga Gómez, Lorenzo; Gómez Rice, Alejandro; Sanz Barbero, Elisa; Izquierdo Núñez, Enrique
Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Getafe, Madrid

OBJETIVO

En los últimos años procuramos flexibilizar las curvas escolióticas rígidas mediante una liberación posterior amplia a múltiples niveles, con apertura del ligamento amarillo y facetectomía parcial bilateral. Analizamos si este gesto mejora la corrección de dichas curvas en la escoliosis idiopática del adolescente (EIA).

MATERIAL

Se comparan retrospectivamente los resultados en la corrección de curvas tratadas con instrumentación posterior híbrida, entre un grupo (A) de 25 pacientes sin liberación posterior (1997-2002) y otro (B) de 21 pacientes con liberación múltiple posterior (2004-2006). Seguimiento mínimo de 2 años.

RESULTADOS

Ambos grupos son homogéneos en cuanto a: sexo (A: 88% mujeres vs B: 90,5%), edad (A: $14,9\pm 2,3$ vs B: $15,2\pm 5,4$), tipo de curva (A: 92% torácica Lenke 1-4 vs B: 90,5%), número de niveles instrumentados (A: $11,5\pm 1,8$ vs B: $10,8\pm 2,7$), horas de cirugía (A: $4,5\pm 0,9$ vs B: $4\pm 0,9$) y Cobb preoperatorio de la curva principal (A: $60^\circ\pm 10^\circ$ y B: $59^\circ\pm 8^\circ$). El grupo con liberación amplia, aun teniendo una menor flexibilidad preoperatoria en el bending (A: 40,7% de flexibilidad vs B: 29,2%), obtiene una mejoría significativa en la corrección de la curva principal, tanto en el postoperatorio (A: 57% vs B: 68,6%) $p < 0,001$, como en el seguimiento final (A: 51,6% vs B: 60,8%) $p < 0,05$. Las correcciones de las curvas torácica proximal y lumbar secundaria no muestran diferencias significativas. La cifosis T5-T12 preoperatoria es de (A: $22,2^\circ\pm 11^\circ$ vs B: $19^\circ\pm 11^\circ$), los grados de corrección postoperatoria son (A: $+1,2^\circ\pm 6^\circ$ vs B: $-0,9^\circ\pm 9^\circ$) y final (A: $+1,6^\circ\pm 8^\circ$ vs B: $-0,8^\circ\pm 11^\circ$), diferencia no significativa. Ambos grupos consiguen un equilibrio final similar (A: 0,4 cm vs B: 0,5). No hay complicaciones mayores, las complicaciones menores son equiparables en ambos grupos.

CONCLUSIÓN

La liberación posterior amplia a múltiples niveles permite una mejor corrección del plano frontal en las curvas principales de pacientes con EIA, sin aumentar el índice de complicaciones. Facilita la inserción de alambres sublaminares y aumenta la superficie de artrodesis.

CAMBIOS EN LA POSICIÓN DE LA AORTA TRAS CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE ESCOLIOSIS

Primer Autor: Doménech Fernández, Pedro

Centro de Trabajo: Hospital General Universitario de Alicante

Resto de Autores: Burgos Flores, Jesús¹; Gutiérrez Carbonell, Pedro²; Lajarin Ortuño, Andrés²; Hevia Sierra, Eduardo³; Piza Vallespir, Gabriel⁴; Sampera Trigueros, Ignacio⁴; Riquelme García, Óscar⁵; Barrios Pitarque, Carlos⁶

Centros de Trabajo: ¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid; ²Hospital General Universitario de Alicante; ³Hospital La Fraternidad, Madrid; ⁴Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca; ⁵Hospital Gregorio Marañón, Madrid; ⁶Unidad de Traumatología, Facultad de Medicina de Valencia

OBJETIVOS

En la escoliosis la deformidad con traslación y rotación de las vértebras se acompaña de cambios en sus relaciones de vecindad de los órganos adyacentes. La aorta está normalmente situada por delante y a la izquierda del cuerpo vertebral.

El objetivo de este trabajo es estudiar la situación anatómica de la aorta a nivel de las tres vértebras del apex de una curva escoliótica torácica derecha preoperatoriamente y analizar los cambios de posición tras la corrección quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo observacional en el que se incluyen 26 pacientes afectos de escoliosis torácica derecha intervenidos con instrumentación segmentaria. Se realizaron resonancia magnética de columna antes y después de la corrección quirúrgica. Se ha evaluado la posición respecto al centro del cuerpo vertebral con un vector de posición con grados de rotación, midiendo en m.m. la distancia a la parte externa de la base pedículo en el cuerpo vertebral, evaluando la rotación vertebral pre y postoperatorio respecto al sacro.

Los datos se analizaron con el paquete estadístico spss 12 para Windows.

RESULTADOS

La escoliosis media intervenida fue de 61°, la corrección media fue del 76%, la rotación media de la vértebra apical era de 26° corrigiéndose en 58% (11°). Preoperatoriamente la aorta estaba situada en el cuadrante lateral y posterior del cuerpo vertebral (media: 95°). Postoperatoriamente la aorta se desplazó hacia delante (media: 18 mm), situándose en el cuadrante anterolateral.

CONCLUSIONES

La aorta en sujetos escolióticos se sitúa lateral y posterior al centro del cuerpo vertebral, en estrecha vecindad con el pedículo de la concavidad, esta situación implica la posibilidad de lesión ante una malposición lateral del tornillo pedicular. Tras la corrección quirúrgica se produce un desplazamiento anterior y medial de la aorta con respecto al soma vertebral ($p < 0,05$), que restaura la posición anatómica.

EFECTO DE LA INYECCIÓN PERIRRADICULAR INTRAOPERATORIA DE CORTICOIDE PARA EL CONTROL DE LA RADICULALGIA POSTOPERATORIA EN CIRUGÍA LUMBAR: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO A DOBLE-CIEGO

Primer Autor: Pizones Arce, Javier

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Getafe, Madrid

Resto de Autores: Zúñiga Gómez, Lorenzo¹; Álvarez González, Patricia¹; Sánchez-Mariscal Díaz, Felisa¹; Gómez Rice, Alejandro¹; Sanz Barbero, Elisa¹; Pérez Núñez, María Isabel²; Izquierdo Núñez, Enrique¹

Centros de Trabajo: ¹Hospital Universitario de Getafe, Madrid; ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

OBJETIVO

Analizar la efectividad y seguridad de la inyección perirradicular intraoperatoria de betametasona en el manejo del dolor radicular postoperatorio tras cirugía de fijación lumbar posterior.

MATERIAL

Ensayo clínico doble ciego en una serie consecutiva de 51 pacientes con dolor radicular secundario a discopatía (herniaria y/o degenerativa), o a estenosis (central y/o foraminal), máximo a dos niveles. A todos se les realiza una fusión instrumentada posterior con liberación foraminal, añadiendo fusión intersomática y/o liberación posterior según los casos. Aleatoriamente se distribuyen dos grupos homogéneos: (S) al que se realiza una inyección perirradicular intraoperatoria de 1 cc de suero salino, en la raíz sintomática tras la fijación lumbar; y (C) al que se inyecta 1 cc (3 mg) de betametasona. Se analiza la presencia de radiculalgia postoperatoria, al primer y al tercer mes, y sus complicaciones.

RESULTADOS

La betametasona muestra una tendencia a mejorar el porcentaje de pacientes con radiculalgia postoperatoria S: 46,2% vs C: 24,0%, pero no de manera significativa ($p=0,09$). Tampoco parece mejorar la tasa de dolor radicular al primer mes S: 28% vs C: 14,3% ($p=0,2$), ni al tercer mes S: 28% vs C: 18,2% ($p=0,4$). No parece conseguir variar el día postoperatorio en el que comienza la radiculalgia S: 2,3 d vs C: 2,8 d ($p=0,4$), ni disminuir la media de días de estancia hospitalaria S: 5,3 d y C: 5,5 d ($p=0,4$). No hubo ningún caso de infección. En el dolor radicular postoperatorio no parece influir ($p>0,05$) ni la edad del paciente, ni el sexo, ni el diagnóstico previo, ni la cronicidad de la denervación radicular preoperatoria en el EMG, ni la técnica quirúrgica utilizada (con o sin discectomía y fusión intersomática), ni el número de niveles instrumentados, ni el tipo de analgesia postoperatoria.

CONCLUSIÓN

La inyección intraoperatoria perirradicular de betametasona tras la foraminotomía realizada en fusiones lumbares instrumentadas posteriores, no parece mejorar la aparición y tasa de radiculalgia postoperatoria, ni su evolución en el primer y tercer mes. Eso sí, no demuestra aumentar la tasa de infecciones.

ESTUDIO PROSPECTIVO DE LOS FIJADORES PEDICULARES DINÁMICOS EN 16 PACIENTES CON ENFERMEDAD DISCAL DEGENERATIVA

Primer Autor: Fuster Obregón, Salvador

Centro de Trabajo: Hospital Clinic de Barcelona

Resto de Autores: Urdaneta Toboso, Ivonne¹; Combalia Alieu, Andreu¹; Ojeda Serrano, Osvaldo²

Centros de Trabajo: ¹Hospital Clinic de Barcelona; ²Hospital del Trabajador de Concepción, Chile

OBJETIVO

Analizar el comportamiento del segmento protegido mediante fijador vertebral dinámico y conocer la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), la satisfacción y opinión de los pacientes.

MATERIALES Y METODOS

Estudio prospectivo de 16 pacientes con patología degenerativa lumbar. Se realizan radiografías estáticas y funcionales, TAC y RM pre y postoperatorios evaluándose lordosis lumbar, estenosis y la altura, movilidad, patrón degenerativo y viabilidad discal (Pfirrmann). Los pacientes completan un cuestionario pre y post-operatorio sobre dolor, actividad física y situación laboral. La CVRS se evalúa con el cuestionario SF36; el grado de satisfacción con escala Likert y la opinión del paciente con preguntas abiertas.

Todos han sido tratados con estabilización dinámica del nivel lesional o del nivel adyacente superior mediante fijador semirígido pedicular, asociándose 15 fusiones posterolaterales con injerto autólogo, 5 fusiones intersomáticas, 12 discectomías y 9 descompresiones de canal.

RESULTADOS

Estudiamos 16 pacientes (8 mujeres y 8 hombres) con edades entre 26-76 años ($x = 46,93$ a) y seguimiento medio de 18,9 meses. No ha habido fallos de material ni osteolisis alrededor de los tornillos dinámicos, pseudoartrosis de los niveles fusionados, reintervenciones ni síndrome transicional. No han empeorado los signos degenerativos discales ni en el nivel dinámico ni en el nivel superior y en un paciente la valoración del disco límite superior ha mejorado. Actualmente sólo un paciente requiere analgésicos de nivel I a 10 meses de haber sido operado. El 75% volvió al mismo lugar de trabajo y 2 pacientes con déficit neurológico seguían con incapacidad moderada aunque eran autónomos. La CVRS mejoró sustancialmente en las dimensiones de función y rol físico. La satisfacción con el tratamiento fue mucha en 12 pacientes (75%), bastante en 2 (12,5%) y regular en 2 (12,50%). El 100% de los pacientes volvería a operarse.

CONCLUSIONES

Las fijaciones dinámicas interpediculares restauran el funcionalismo lumbar, reestabilizan el segmento y disminuyen el dolor con resultados no inferiores a los conseguidos con cirugía de fusión. A los dos años de seguimiento medio no han empeorado los procesos degenerativos discales en los niveles fijados con mecanismos dinámicos o en los discos límite.

RESULTADOS DE LA ARTROPLASTIA INTERVERTEBRAL LUMBAR A MEDIO PLAZO

Primer Autor: Monegal Ávila, Alex

Centro de Trabajo: ICATME, Institut Universitari Dexeus USP, Barcelona

Resto de Autores: Abad Satorres, Rosa¹; García de Frutos, Ana^{1,2}; Saló Brú, Guillem^{1,2}; Ramírez Valencia, Manuel¹; Molina Ros, Antoni¹; Lladó Blanch, Andreu¹; Ubierna Garcés, Maite²; Cáceres Palou, Enric^{1,2}

Centros de Trabajo: ¹IMAS, Hospital del Mar i de L'Esperança, Barcelona; ²ICATME, Institut Universitari Dexeus USP, Barcelona

OBJETIVO

Estudio retrospectivo de los resultados clínicos y radiológicos de la artroplastia intervertebral lumbar o prótesis de disco a medio plazo.

INTRODUCCIÓN

Hay varias alternativas en el tratamiento quirúrgico del dolor lumbar de origen discógeno. La fusión posterolateral, circunferencial o la prótesis de disco son tratamientos válidos, pero no hay todavía suficientes estudios que evalúen las ventajas o inconvenientes a largo plazo de la prótesis frente a la fusión. Presentamos nuestra experiencia a medio plazo con la prótesis de disco lumbar.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisan 36 pacientes (38 prótesis: 30 Charite/8 Pro-Disc) intervenidos entre noviembre de 1999 y agosto de 2006, con un seguimiento medio de 4,6 años (de 18 meses a 8 años). 22 mujeres y 14 hombres, edad media de 39,6 años (29-52). Se colocaron 20 L4-L5, 11 L5-S1, 6 L3-L4 y 1 L2-L3. Ocho pacientes tenían antecedentes de cirugía previa en el segmento. Se siguieron los criterios de indicación de discopatía degenerativa sintomática, RNM y discografía concordante, buena calidad ósea, ausencia de artrosis facetaria marcada y tratamiento conservador no efectivo durante 6 o más meses. Se valoró VAS e Índice de Discapacidad de Oswestry (ODI) preoperatorio y al final del seguimiento, complicaciones, reintervenciones, ganancia de altura intervertebral, lordosis segmentaria y movilidad del implante al final del seguimiento.

RESULTADOS

VAS preoperatorio 8,3; VAS final 2,8; ODI preoperatorio 47%; ODI final 10,8%. Tres pacientes precisaron de revisión quirúrgica mediante artrodesis posterolateral, en un caso por malposición protésica y cialgia, en dos casos por persistencia de dolor lumbar. Un paciente precisó de revisión quirúrgica mediante doble abordaje por extrusión protésica. Hubo un caso de hematoma epidural, un sangrado retroperitoneal y un hematoma de pared abdominal que se trataron conservadoramente. No se presentó ningún caso de infección.

CONCLUSIONES

El tratamiento del dolor lumbar de origen discógeno mediante prótesis de disco lumbar es efectivo a medio plazo en nuestra experiencia, con una mejora significativa del dolor y la función, y con una tasa de complicaciones comparable a otras opciones quirúrgicas. Se precisan estudios a largo plazo y randomizados para poder confirmar las teóricas ventajas del tratamiento protésico frente a la cirugía de fusión lumbar.

CORRELACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA DE LA UTILIDAD CLÍNICA Y TERAPÉUTICA DE LOS HALLAZGOS DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO. VALORACIÓN DE LA SOBREINDICACIÓN EN LA SOLICITUD DE LA PRUEBA

Primer Autor: Martínez González, Carmen

Centro de Trabajo: Hospital Virgen de la Salud, Toledo

Resto de Autores: Barriga Martín, Andrés¹; De Juan García, Jesús¹; Florensa Vila, José¹; García Benassi, Javier²; González Gutiérrez, Rafael²

Centros de Trabajo: ¹Hospital Nacional de Parapléjicos, Toledo; ²Hospital Virgen de La Salud, Toledo

Opta a premios
de mejores
comunicaciones
orales

OBJETIVO

Establecer el valor predictivo de la presencia de cambios de Modic en resonancia magnética en el diagnóstico del origen e intensidad del dolor lumbar crónico.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal de prueba diagnóstica. Sujetos de estudio: pacientes de ambos sexos, de entre 40 y 50 años, con dolor lumbar de más de tres meses de evolución a quienes se solicitó un estudio de resonancia magnética lumbar. Valorados con encuesta clínica y mapa del dolor protocolizados, escala analógica visual y cuestionario de discapacidad por dolor lumbar de Oswestry. Valoración de la presencia de cambios Modic y tipo por dos radiólogos independientes y ciegos a valoración clínica. El análisis estadístico se realizó con los programas Stata 8 y SPSS 12.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 90 pacientes con una edad media de 47 años (40-50). La media de la intensidad de dolor obtenido por EAV fue de 7,44 (0-10), Oswestry medio 30,9 (2-82). Aparecieron cambios Modic en RM en 37 (41%). Tipo I en 9 (24,33%) y tipo II en 28 (75,67%) La EAV media en pacientes con cambios Modic fue de 5,8 (0-10) y la puntuación de Oswestry: 22,19 (2-82), mientras que la EAV media de los pacientes sin cambios Modic fue 6,78 (0-10) y la puntuación de Oswestry 37,10 (4-68,9). No existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p=0,06$).

CONCLUSIÓN

Basándonos en nuestros resultados, la presencia de cambios Modic en resonancia magnética no se relaciona con una intensidad del dolor y de la discapacidad por dolor lumbar superior a la de los pacientes en los que no aparecen. Los cambios Modic no pueden ser considerados un signo de mal pronóstico por sí solos.

VALORACIÓN RADIOLÓGICA DE LA REPERCUSIÓN SOBRE EL SEGMENTO L4-L5 Y LA POSICIÓN DEL SACRO TRAS CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE ESPONDILOLISTESIS SEVERAS Y ESPONDILOPTOSIS L5-S1

Primer Autor: Burgos Flores, Jesús

Centro de Trabajo: Hospital Ramón y Cajal, Madrid

Resto de Autores: Sampera Trigueros, Ignacio¹; Olaberri, Juan Carlos²; Barrios Pitarque, Carlos³; Hevia Sierra, Eduardo⁴; Gutiérrez Carbonell, Pedro⁵; Domenech Fernández, Pedro⁵; Piza Vallespir, Gabriel¹; Riquelme García, Óscar⁶; Recarte, Enrique⁷

Centros de Trabajo: ¹Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca; ²Hospital de Brooklin, New York-Usa; ³Unidad de Traumatología, Facultad de Medicina de Valencia; ⁴Hospital La Fraternidad, Madrid; ⁵Hospital General Universitario Alicante; ⁶Hospital Gregorio Marañón, Madrid; ⁷Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria

OBJETIVOS

La reducción de las espondilolistesis graves L5-S1 intenta restaurar el perfil sagital vertebral. No existe ningún estudio que analice la verticalización sacra, la repercusión sobre el disco L4-L5 y el balance sagital siguiendo a la reducción de espondilolistesis de alto grado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presentan 20 pacientes intervenidos por espondilolistesis L5-S1 grado III y IV de Meyerding y 3 por espondiloptosis de ese mismo nivel. La edad media en el momento de la cirugía fue de 19 años. A todos se les realizó reducción y artrodesis circunferencial por vía posterior aislada en un solo tiempo quirúrgico. La técnica quirúrgica incluía descompresión dural y radicular, colocación de tornillos L5 y S1 bajo visión directa, discectomía completa y artrodesis inter-somática utilizando espaciadores discales con injerto esponjoso. Se hicieron teleradiografías preoperatorias y postoperatorias en bipedestación a los seis meses del tratamiento quirúrgico analizando el deslizamiento L5-S1, la inclinación del sacro, la angulación sagital del disco L4-L5, el ángulo de rotación sagital (SRA) y el balance sagital.

RESULTADOS

El desplazamiento medio de L5 sobre S1 fue del 71% en el preoperatorio; después de la reducción quirúrgica el deslizamiento medio paso a ser del 18%. La inclinación del sacro tenía un valor medio en el preoperatorio de 28°; tras la cirugía pasó a ser del 33°. El disco L4-L5 tenía un valor angular medio preoperatorio de -16,3°, y un valor medio final de -2,4°. Sólo dos casos tenían una lordosis superior al valor medio preoperatorio y 10 casos (43%) estaban en cifosis. El ángulo de rotación sagital (SRA) tenía un valor medio de 19,1° en la valoración preoperatorio. El valor postoperatorio medio fue de 6,5°. En 7 casos se había hecho negativo el SRA, y en todos existía cifosis en el disco L4-L5. La línea de la plomada desde el centroide de C7 al ángulo posterosuperior de S1 fue de 63,2 mm (R: 22-126.1) y la final 64,1 mm (R: 18,7-129,6).

CONCLUSIÓN

La reducción quirúrgica de espondilolistesis graves y espondiloptosis no corrige la situación de verticalización sacra anómala preoperatoria y el desequilibrio sagital anterior. En el 43% de los casos se encontró el disco L4-L5 en cifosis y esta situación se asoció significativamente con los que se habían reducido con hiperlordosis (negativizado el SRA). No se corrigió el desequilibrio anterior preoperatorio tras la reducción.

ESTUDIO COMPARATIVO DE TRES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA LA CORRECCIÓN DE LAS GRANDES CURVAS LUMBARES EN LAS DOBLES CURVAS IDIOPÁTICAS LENKE C

Primer Autor: Álvarez González, Patricia

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Getafe, Madrid

Resto de Autores: Pizones Arce, Javier; Sánchez-Mariscal Díaz, Felisa; Zúñiga Gómez, Lorenzo; Gómez Rice, Alejandro; Izquierdo Núñez, Enrique
Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Getafe, Madrid

OBJETIVOS

Estudio comparativo retrospectivo radiológico y clínico de dobles curvas idiopáticas, siendo la curva lumbar rígida y con Cobb mínimo 60°.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presentan 6 pacientes en el Grupo I (instrumentación anterior y posterior de la curva lumbar), 6 pacientes en el Grupo II (liberación anterior de la curva lumbar e instrumentación posterior), y 13 pacientes en el Grupo III (sólo vía posterior instrumentada). Edad a la cirugía: 16 (11-25) años. Risser 3,2 (0-5). Seguimiento: 8,48 (1-25) años. Estudio radiológico con teleradiografía AP y lateral preoperatorio, postoperatorio, al año y final. Se describen: la estancia hospitalaria, el número de unidades trasfundidas y complicaciones. Valoración del SRS-22 final.

RESULTADOS

Valores preoperatorios:

Cobb torácico: 61° (53°-80°) Grupo I / 66,33° (45°-88°) Grupo II / 72,54° (70°-120°) Grupo III. (p=0,351)

Bending torácico: 44,83° (35°-56°) / 60,5° (35°-88°) / 55,15° (30°-110°). (p=0,336)

Cobb lumbar: 71° (65°-76°) / 82,67° (67°-102°) / 66,08° (60°-98°). (p=0,018)

Bending lumbar: 52,33° (45°-60°) / 65,83° (45°-85°) / 46° (35°-83°). (p=0,009)

Traslación vértebra ápex lumbar (TVA): 5,17 cm (4-7,5) / 6,45 cm (5,5-7,5) / 4,21 cm (3-7,5). (p=0,002)

Pedriolle: 35,83° (35°-40°) / 37,5° (35°-40°) / 33,46° (25°-45°). (p=0,149)

Equilibrio coronal: 1,33 cm (0-2,5) / 2,33 cm (1,5-3,5) / 1,42 cm (0-3,5). (p=0,169)

Inclinación L4: 25,83° (15°-30°) / 33,67° (28°-43°) / 22,69° (20-30). (p=0,001)

Inclinación L5: 13,33° (5°-20°) / 17,5° (12°-23°) / 14,23°(10°-20°). (p=0,207)

Valores finales:

Cobb torácico: 27,5° (14°-44°) / 39,83° (10°-55°) / 36,31° (16°-60°). (p=0,240)

%Corrección Cobb torácico: 56,16 (32,26-73,58) / 41,14 (25-77,77) / 47,73 (6,25-76,12). (p=0,238)

Cobb lumbar: 24,33° (15°-40°) / 44° (10°-65°) / 35,15° (20°-58°). (p=0,075)

%Corrección Cobb lumbar: 67,57 (52,63-76,92) / 48,44 (22,62-85,07) / 46,27 (21,62-71,43). (p=0,050)

TVA: 1,37 cm (0-3,2) / 4,08 cm (1,5-5,5) / 2,67 cm (0,5-4,3). (p=0,004)

%Corrección TVA: 74,77 (50-100) / 35,53 (0-78,57) / 35,08 (-2,27-83,33). (p=0,010)

Equilibrio coronal: 1 cm (0-2) / 1,33 cm (0-3) / 0,85 cm (0-2). (p=0,542)

Inclinación L4: 9,67° (6°-14°) / 18,67° (8°-30°) / 14,85° (8°-22°). (p=0,068)

%Corrección Inclinación L4: 59,71 (33,33-80) / 44,55 (0-71,43) / 33,41 (0-66,67). (p=0.070)
Inclinación L5: 6,33°(0°-12°) / 11,83° (6°-20°) / 12,08°(5°-16°). (p=0.018)
%Corrección Inclinación L5: 48,2 (16,67-100) / 33,25 (0-50) / 12,72 (-27-50). (p=0.020)
Número de niveles fusionados: 11,67 (10-14) / 12,67 (11-15) / 13 (11-15). (p=0.214)
Última vértebra instrumentada: L3 (66,67% Grupo I / 0% Grupo II / 38,4% Grupo III), L4 (33,33% / 83.33% / 61,54%), L5 (0% / 16,67% / 0%).

CONCLUSIONES

La instrumentación anterior y posterior en la curva lumbar de las dobles curvas mejora significativamente las correcciones de la traslación de la vértebra ápex en el plano coronal, el Cobb lumbar y la inclinación de L5 (tendencia en la inclinación de L4), con respecto a las otras dos técnicas. Además permite quedarnos en L3 más frecuentemente, dejando así más segmentos lumbares móviles.

ANÁLISIS DE LA MOVILIDAD LUMBAR EN PACIENTES INTERVENIDOS DE ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA. RELACIÓN CON EL DOLOR Y LA PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE RIGIDEZ

Primer Autor: Sánchez Raya, Judith

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

Resto de Autores: Bago Granell, Joan

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

OBJETIVOS

Medir la movilidad de la columna lumbar en pacientes intervenidos de escoliosis y analizar la relación entre movilidad, dolor lumbar y percepción subjetiva de rigidez.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se incluyeron 28 pacientes (24 mujeres y 4 hombres) con una edad media de 26,3 años (rango 17-35 años), intervenidos de escoliosis idiopática. En el momento de la inclusión en el estudio el tiempo medio transcurrido desde la cirugía era de 129,1 meses (rango 36-228 meses). A todos se les había practicado una fusión vertebral con nivel distal de instrumentación T12 ó L1 en 6 casos; L2 ó L3 en 14 casos y L4 ó L5 en 8 casos. Se les efectuó una medición de la movilidad zona lumbar (flexión y lateralizaciones), mediante doble inclinómetro digital. Además cumplimentaron el cuestionario de calidad de vida CAVIDRA y una escala visual analógica de dolor (EVA) en región lumbar.

RESULTADOS

La magnitud media de la curva mayor en el momento del estudio era de 35,4°. La flexión lumbar media 37,2°, la lateralización derecha de 10,9° y la izquierda de 14,3°. El EVA medio fue de 1,6; CAVIDRA total 43,2 (rango posible 21-105), la media del dolor del CAVIDRA fue 7,3 (rango posible de 3 a 15); la media en escala de movilidad del CAVIDRA fue de 6 (rango posible de 3 a 15). Se halló una correlación significativa entre la flexión lumbar y la escala de dolor del CAVIDRA ($r=0,3$) pero no con la escala de movilidad. Se halló una correlación significativa entre la escala de movilidad, la escala de dolor ($r=0,6$) y el EVA lumbar ($r=0,4$). El análisis por nivel distal de instrumentación confirma una menor movilidad cuantos más niveles atrodesados y una tendencia a referir más dolor.

CONCLUSIÓN

La inclusión de segmentos lumbares en la fusión disminuye la movilidad y parece correlacionarse con un aumento del dolor. Esto no obstante, no repercute sobre la calidad de vida y los pacientes no tienen una clara percepción subjetiva del aumento de rigidez de su columna.

ANÁLISIS ANTROPOMÉTRICO Y DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN NIÑAS CON ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DE LEVE Y MODERADA INTENSIDAD TRATADAS ORTOPÉDICAMENTE

Primer Autor: Barrios Pitarque, Carlos

Centro de Trabajo: Unidad de Traumatología, Facultad de Medicina de Valencia

Resto de Autores: Cortés, Sandra¹; Pérez Encinas, Cristina²; Burgos Flores, Jesús³; Hevia Sierra, Eduardo⁴

Centros de Trabajo: ¹Unidad de Traumatología, Facultad de Medicina de Valencia; ²Clínica Tecma, Alzira, Valencia; ³Hospital Ramón y Cajal, Madrid; ⁴Hospital La Fraternidad, Madrid

OBJETIVO

En este estudio se determinan valores antropométricos y de composición corporal de un grupo de niñas con escoliosis idiopática y se comparan con los estándares de una población control.

MÉTODOS

Un total de 52 niñas con escoliosis idiopática y edad media de 13,9 años fueron sometidas al estudio antropométrico. Las curvas escolióticas oscilaban entre 20° y 58° Cobb. Ninguna de las pacientes había sido sometida a tratamiento quirúrgico. Un grupo de 92 niñas sin deformidad raquídea y una edad media similar (13,8 años) formaron el grupo control. Los parámetros analizados incluían: peso, talla y grosor en mm de 6 pliegues cutáneos. El índice de masa corporal (IMC), índice ponderal (IP), porcentaje de grasa (%G), porcentaje de tejido muscular, peso graso, peso muscular, peso magro, peso óseo y peso residual fueron calculados según fórmulas. También se calcularon los componentes del somatotipo (endomorfa, mesomorfa y ectomorfa).

RESULTADOS

El grupo de niñas con escoliosis idiopática presentaban un menor peso medio (51,4 vs 54,7; $p < 0,05$), un menor IMC (20,1 vs 21,4; $p < 0,01$) y un mayor IP (43,2 vs 42,2; $p < 0,01$). Mientras que en el grupo control el IMC se mantenía en cifras muy similares entre los 13 y los 16 años, las niñas con escoliosis mostraban una progresiva disminución del IMC con la edad. El %G también era menor en las niñas con escoliosis, aunque sin diferencias estadísticamente significativas (14,1 vs 15). De las 52 niñas con escoliosis, 11 (21,2%) estaban en los rangos de bajo peso, con IMC $< 17,5$. En el grupo control, solo 3 de las 92 niñas (3,3%) estaban dentro de estos parámetros. Las niñas con escoliosis presentaban un mayor componente ectomórfico (3,29 vs 2,40; $p < 0,001$) y un menor componente mesomórfico (2,68 vs 3,70; $p < 0,01$).

CONCLUSIONES

Las diferencias en algunos parámetros antropométricos (peso, IMC, IP) y en el somatotipo indican que la escoliosis idiopática no solo podría alterar el desarrollo morfológico del raquis, sino que parece tener implicaciones en el desarrollo corporal. Queda aún por determinar si estos cambios están relacionados con un desarrollo anormal del raquis o son secundarios a alteraciones nutricionales propias de las niñas con escoliosis.

LA SENSIBILIDAD AL CAMBIO DEL CUESTIONARIO SRS-22 ASOCIADA AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Primer Autor: Bagó Granell, Joan

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona

Resto de Autores: Sánchez Pérez-Grueso, Fco. Javier¹; Hernández, Pablo¹;

Les, Esther²; Fernández-Baillo, Nicomedes¹; Pellisé Urquiza, Ferrán²; García

Fernández, Alfredo¹; Villanueva Leal, Carlos²

Centros de Trabajo: ¹Hospital La Paz, Madrid; ²Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

Opta a premios
de mejores
comunicaciones
orales

OBJETIVO

Evaluar el cambio en las puntuaciones del cuestionario SRS-22 asociadas al tratamiento quirúrgico; determinar la mínima diferencia clínicamente importante (MDCI) y el mínimo cambio detectable (MCD) del cuestionario.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron 86 pacientes (74 mujeres y 12 hombres) operados de escoliosis idiopática. La edad media en el momento de la cirugía era de 18,5 años y el seguimiento medio fue de 28,5 meses (rango 14-66). La magnitud media de la curva preoperatoria fue de 63,1° y de 29,1° al seguimiento. Todos los pacientes habían cumplimentado el cuestionario SRS-22 antes de la cirugía y en el último control, momento en el que los pacientes calificaron su situación global con respecto a antes de la cirugía en “peor”, “igual”, “mejor” y “mucho mejor”. La MDCI representa el cambio mínimo considerado benéfico; se calcula como la media de la diferencia preop-control de los pacientes que se calificaron “mucho mejor”. El MCD se determinó a partir del cálculo del error estándar de la medición ($MDC=2,77*\sqrt{DE(1-r)}$) donde DE es la desviación estándar preoperatoria y r el coeficiente de fiabilidad del cuestionario SRS-22 ($r=0.9$). El MDC indica la diferencia que, con un 95% de posibilidades, representa un cambio verdadero no atribuible a un error de medición.

RESULTADOS

Para las diferentes escalas del SRS-22 y el sumatorio total, los resultados se presentan como MDCI [intervalo de confianza 95%] y MDC. Función: 0,24 [0,00-0,48]; 0,6; Dolor: 0,58 [0,32-0,84]; 0,7; Imagen: 1,35 [1,07-1,62]; 0,6; Salud mental: 0,34 [0,13-0,54]; 0,6; Sumatorio: 12,6 [9,04-16,22]; 10,7.

CONCLUSIONES

Para las escalas de función, dolor y salud mental, la MDCI está por debajo de la MDC lo que indica que la diferencia preop-control podría deberse al error de medición sistemático del cuestionario y no al efecto de la cirugía. Para el sumatorio y la escala de imagen corporal, la MDCI es superior al MDC indicando que el cambio se debe (con un 95% de posibilidades) al efecto de la intervención. La percepción subjetiva de mejoría con la intervención es atribuible al cambio en la escala de imagen corporal y en el sumatorio del cuestionario.

RESULTADO CLÍNICO DE LA CIRUGÍA DE LA ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA. EVALUACIÓN MEDIANTE LA SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO Y EFECTO GLOBAL PERCIBIDO

Primer Autor: Bagó Granell, Joan

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

Resto de Autores: Sánchez Pérez-Grueso, Fco. Javier¹; Les, Esther²; Hernández, Pablo¹; Pellisé Urquiza, Ferrán²; Fernández-Baillo, Nicomedes¹; Villanueva Leal, Carlos²; García Fernández, Alfredo¹

Centros de Trabajo: ¹Hospital La Paz, Madrid; ²Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

Opta a premios
de mejores
comunicaciones
orales

OBJETIVO

Analizar los resultados de la cirugía de la escoliosis idiopática a partir de la evaluación subjetiva del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron 86 pacientes (74 mujeres y 12 hombres) operados de escoliosis idiopática. La edad media en el momento de la cirugía era de 18,5 años y el seguimiento medio fue de 28,5 meses (rango 14-66). Para cada paciente se dispuso de las radiografías preoperatorias y en el último control. Se registró la magnitud de la mayor curva (MMC) de todas; todos los pacientes habían cumplimentado el cuestionario SRS-22 antes de la cirugía y en el último control. La cuestión 21 del SRS-22 hace referencia a la satisfacción con el resultado; la cuestión 22 interroga sobre la disposición a someterse de nuevo al mismo tipo de cirugía. Además, en el último control los pacientes calificaron su situación global con respecto a antes de la cirugía en “peor”, “igual”, “mejor” y “mucho mejor”. El estudio estadístico incluyó un análisis multivariante para determinar qué variables clínicas y radiológicas preoperatorias y al seguimiento influyeron en las respuestas a las cuestiones 21, 22 y en el efecto global percibido.

RESULTADO

La MMC media preoperatoria fue de 63,1° y de 29,1° al seguimiento. Un 90,7% de los pacientes estaban satisfechos con el resultado de la cirugía; un 87,2% volverían a someterse a una cirugía similar; el 51,2% consideraban estar mucho mejor que antes de la intervención, 40,7% mejor, 4,7% igual y un 3,5% peor. En el modelo multivariante, la cuestión 21 se relacionó con la puntuación de la escala de imagen del SRS-22 en el seguimiento ($r=0,7$); la cuestión 22 se relacionó con la puntuación total del SRS-22 en el seguimiento y la MMC ($r=0,47$). El efecto global percibido se relacionó con el total del SRS-22 y la escala de imagen en el seguimiento ($r=0,7$).

CONCLUSIONES

La satisfacción con el resultado de la cirugía es muy elevada en pacientes con escoliosis idiopática. Esta satisfacción se explica por la mejoría de la percepción de la imagen corporal y la calidad de vida en general. La mejoría radiológica por sí misma tiene escasa trascendencia.

COMUNICACIONES PÓSTERES MURALES

ÍNDICE COMUNICACIONES PÓSTERES MURALES

OSTEONECROSIS VERTEBRAL TRAS TERMOCOAGULACIÓN DISCAL.....	98
RELACIÓN ENTRE DISCAPACIDAD Y ÁREA DE CANAL RAQUÍDEO EN PACIENTES CON ESTENOSIS DE CANAL LUMBAR.....	99
INSTRUMENTACIONES CERVICALES POSTERIORES INCLUYENDO TORNILLOS TRANSLAMINARES EN C2.....	100
FRACTURA INESTABLE DE L IV CON LESIÓN NEUROLÓGICA TRATADA CON VERTEBROPLASTIA. COMPLICACIONES Y PROCEDIMIENTO DE RESCATE.....	101
SÍNDROME DE CONO MEDULAR EN GESTANTE CON CARCINOMA DE MAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	102
FRACASO DE CIFOPLASTIA.....	103
DISOCIACIÓN ESPONDILOPÉLVICA TRAUMÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	104
HIDATIDOSIS VERTEBRAL PRIMARIA. AFECTACIÓN EXTRAÓSEA CON LESIÓN MEDULAR TRANSVERSA AGUDA.....	105
TUBERCULOSIS VERTEBRAL EN NIÑO DE 3 AÑOS TRATADA MEDIANTE LIMPIEZA QUIRÚRGICA Y ARTRODESIS CIRCUNFERENCIAL. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO.....	106
COMPRESIÓN DEL SACO DURAL POR HIPERPLASIA SINOVIAL A NIVEL DE L3.....	107
INSTRUMENTACIÓN POSTERIOR C-D EN FRACTURAS ESTALLIDO INESTABLES DE LA CHARNELA TORACO-LUMBAR.....	108
OSTEOMIELITIS NO TUBERCULOSA DE LA APOFISIS ODONTOIDES.....	109
FRACTURA DE ODONTOIDES COMO LESIÓN DISTRACTORA DE FRACTURA-LUXACIÓN VERTEBRAL DORSAL D5-D6.....	110
FRACTURA CORONAL DE VÉRTEBRA LUMBAR SECUNDARIA A QUISTE ÓSEO SIMPLE.....	111
CIFOSIS ANGULAR POSTRAUMÁTICA EN FRACTURA DE T12: DOBLE VÍA SIMULTÁNEA.....	112
CIFOSIS TORÁCICA EN PACIENTE CON PECTUS CARINATUM.....	113
FRACTURA VERTEBRAL PATOLÓGICA SECUNDARIA A HIPERNEFROMA.....	114
ESPONDILOLISTESIS LUMBOSACRA TRAUMÁTICA.....	115
TUMOR FIBROSO SOLITARIO EXTRADURAL INTRARAQUÍDEO LUMBAR.....	116
HEMATOMA SUBDURAL ESPINAL ESPONTÁNEO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.....	117
ALTERACIONES MORFOLÓGICAS EN LA ESCOLIOSIS DURANTE EL CRECIMIENTO. ESTUDIO EN RAQUIS HUMANOS.....	118

PARAPARESIA POR CORROSIÓN E INFECCIÓN TARDÍA EN UN IMPLANTE DE COLUMNA VERTEBRAL	119
LUMBALGIA EN RELACIÓN CON FIBROSIS RETROPERITONEAL POSTRAUMÁTICA	120
LUXACIÓN L3-L4 SIN LESIÓN NEUROLÓGICA	121
ALTERACIÓN INTERMITENTE DE LA MARCHA EN RELACIÓN CON QUISTE ARACNOIDEO TORACO-LUMBAR.....	122
BRUCELOSIS ARACNOIDEA DORSAL COMO CAUSA DE PARAPARESIA IMITANDO UN PROCESO TUMORAL INTRADURAL.....	123
SCHWANNOMA SACRO. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	124
CIFOPLASTIA CON BALÓN ASOCIADA A INSTRUMENTACIÓN PEDICULAR CORTA EN FRACTURA LUMBAR ESTALLIDO OSTEOPORÓTICA	125
PRÓTESIS DISCAL CERVICAL	126
OSTEOCONDROMA SACRO EN EL CONTEXTO DE UNA OSTEOCONDROMATOSIS MÚLTIPLE HEREDITARIA.....	127

OSTEONECROSIS VERTEBRAL TRAS TERMOCOAGULACIÓN DISCAL

Primer Autor: Raventós Paucirerol, Joaquín

Centro de Trabajo: Hospital Asepeyo, Sant Cugat del Vallés, Barcelona

Resto de Autores: Torrents Oirt, Roser

Centro de Trabajo: Hospital Asepeyo, Sant Cugat del Vallés, Barcelona

Saal propuso en el año 2000 el tratamiento del dolor lumbar crónico de origen discogénico mediante una técnica percutánea que denominaron Intradiscal Electrothermal Treatment (IDET). No habiendo cumplido todas las expectativas, sin embargo en nuestro servicio la hemos utilizado en casos seleccionados de dolor lumbar discogénico.

Presentamos el caso de un paciente de 38 años afecto de dolor lumbar crónico que se mostró resistente al tratamiento habitual. La resonancia magnética inicial mostraba cambios de señas en los discos L4-L5 y L5-S1 con sendas zonas de alta densidad. Practicamos termocoagulación discal L4-L5 que se llevó a cabo sin incidencias. En el nivel L5-S1 no pudo completarse el procedimiento por superar repetidas veces el cateter Spinecath el nivel somático posterior por lo que instiló acetato de triamcinolona.

La evolución no fue positiva presentando a los 9 meses dolor lumbar intenso incrementándose con la actividad y actitud escoliótica. La resonancia magnética mostró intenso edema a nivel de los cuerpos L4 y L5 con aparición de erosiones corticales en ambos cuerpos vertebrales. PCR y VSG sanguíneas normales. Gammagrafía con Tc99 y Ga67 con cambios osteogénicos no sugestivos de infección. RM con empeoramiento del edema óseo y de los signos de erosión cortical sobre todo L4-L5 pero apareciendo también en menor entidad a nivel L5-S1 por lo que decidimos practicar biopsia vertebral y discal con anatomía patológica y cultivo. En dicha exploración son negativas tanto la tinción de Gram como la de Ziehl, los diferentes cultivos para bacterias, micobacterias y hongos son también negativos y la anatomía patológica lo informa como hueso esponjoso con regular cantidad de tejido medular sin elementos patológicos.

Debido a la evolución clínica una vez descartada la espondilodisitis practicamos artrodesis L4-L5-S1.

El motivo de esta comunicación no es discutir la eficacia del procedimiento sino la aparición de complicaciones no infecciosas con potencial para empeorar la evolución de la patología lumbar de alguno de estos pacientes.

Djurasovic M., Glassman SD., Dimar II Jr., Johnson J., Vertebral Osteonecrosis Associated With the Use of Intradiscal Electrothermal Therapy. Spine 2002. 27. No 13. E325-E328.

RELACIÓN ENTRE DISCAPACIDAD Y ÁREA DE CANAL RAQUÍDEO EN PACIENTES CON ESTENOSIS DE CANAL LUMBAR

Primer Autor: Lombao Iglesias, Domingo

Centro de Trabajo: Hospital Xeral-Calde, Lugo

Resto de Autores: Medina Romera, Manuel¹; Pellisé Urquiza, Ferrán²

Centros de Trabajo: ¹Hospital Xeral-Calde, Lugo; ²Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona

Opta a premios
de mejores
comunicaciones
pósteres

OBJETIVO

Estudiar la relación entre grado de discapacidad y área de estenosis de canal raquídeo lumbar determinada por RMN en 27 pacientes con clínica de claudicación neurógena. Valorar si la edad o el número de niveles estenosados repercuten en el grado de discapacidad.

PACIENTES Y MÉTODO

Se evaluaron prospectivamente 27 pacientes consecutivos con clínica de claudicación neurógena e imágenes de estenosis lumbar en RMN. El área de estenosis se obtuvo como el producto de los diámetros anteroposterior y lateral ($A = a \times b$). Cuando existía más de un nivel afectado, el resultado final se obtuvo como la media de los valores de las áreas calculadas para cada nivel.

El grado de discapacidad se valoró mediante Oswestry.

RESULTADOS

De los 27 pacientes, 19 (70,4%) fueron mujeres y 7 (29,6%) hombres, con media de edad de 66,66 años (46-82).

Presentaron dos niveles estenosados 14 pacientes (51,9%), mientras que 9 (33,3%) presentaron un nivel y solo un caso (3,7%) presentó cuatro niveles afectados.

L3-L4, L4-L5 fueron las localizaciones más frecuentes de estenosis a dos niveles (40,7%), mientras que L4-L5 fue la más común a un nivel (29,6%).

El valor promedio de área de estenosis fue de 129,92 mm² (48-216). El área medida fue menor de 100 mm² en 8 pacientes (29,6%), entre 101 y 150 mm² en 11 pacientes (40,7%) y mayor de 150 mm² en 8 (29,6%).

Mediante Oswestry se encontró que el grado de discapacidad media fue del 40,49% (20-67). De ellos 2 (7,4%) presentaban discapacidad leve, 13 (48,1%) moderada, 9 (33,3%) severa y 3 (11,1%) muy severa.

El análisis estadístico de los datos obtenidos no mostró correlación significativa entre el grado de discapacidad, área de estenosis y número de niveles afectados. Sin embargo se encontró correlación significativa ($P = 0,026$) entre área de estenosis y edad.

CONCLUSIONES

- El área de estenosis determinada mediante imágenes de RMN no se relaciona con el grado de discapacidad para este grupo de pacientes.
- No se ha encontrado relación entre el número de niveles entenosados y el grado de discapacidad.
- El área de estenosis a nivel de raquis lumbar se modifica con la edad de los pacientes incluidos en el grupo de estudio.

INSTRUMENTACIONES CERVICALES POSTERIORES INCLUYENDO TORNILLOS TRANSLAMINARES EN C2

Primer Autor: Hernández Fernández, Alberto

Centro de Trabajo: Hospital Vall d'Hebrón, Unidad de Raquis, Barcelona

Resto de Autores: Orellana Gómez-Rico, Adolfo; Casamitjana Ferrándiz, José Manuel

Centro de Trabajo: Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona

Opta a premios
de mejores
comunicaciones
pósteres

INTRODUCCIÓN

Las técnicas descritas por Magerl, y la descrita por Goel y posteriormente popularizada por Harms para la fijación atlanto-axial proporcionaron una mejor estabilidad en comparación con las técnicas que empleaban únicamente alambre e injertos. Para ello las técnicas de estos autores precisan respectivamente de la inserción de tornillos transarticulares C1-C2 y alambre C1-C2 con injerto, o tornillos en masas laterales de C1 y pediculares en C2. La cercanía de la arteria vertebral y carótida interna hacen que éstas sean dos técnicas altamente demandantes y susceptibles de ser problemáticas en presencia de variables anatómicas. En 2004 Wriarth describe una novedosa técnica de instrumentación posterior de C2 con dos tornillos translaminares, evitando así el peligro de lesión arterial. Estudios posteriores han demostrado su utilidad, versatilidad, eficacia biomecánica y seguridad.

OBJETIVOS

Describir y analizar la serie de pacientes intervenidos con técnica de tornillos translaminares en C2, para distintas patologías y en distintos montajes de instrumentación posterior.

MATERIAL Y MÉTODOS

Serie retrospectiva de 18 pacientes desde 2004 a 2008. Se describe el diagnóstico previo, la técnica quirúrgica e instrumentación. Se analizan las complicaciones de la serie y supervivencia de montajes.

RESULTADOS

En nuestra serie no se describe complicación alguna relacionada con la instrumentación. No existen recambios de la instrumentación ni retiradas de material en nuestra serie. No existen evidencias radiológicas ni clínicas de mala colocación de los tornillos translaminares.

CONCLUSIONES

Los tornillos translaminares en C2 pueden ser empleados con seguridad para tratamiento de fracturas y mielopatía espondilótica. Proporcionan un soporte biomecánico suficiente para fijaciones de la charnela occipito-cervical y de los segmentos cervicales inferiores a C2, siendo comparable esta técnica a las que emplean tornillos transarticulares C2-C1 o tornillos pediculares en C2. Es una técnica menos demandante que los tornillos transarticulares C2-C1 y pediculares de C2. Pese a ser una técnica relativamente segura precisa de una elaborada planificación preoperatorio con TC y meticulosa colocación de los tornillos.

FRACTURA INESTABLE DE LIV CON LESIÓN NEUROLÓGICA TRATADA CON VERTEBROPLASTIA. COMPLICACIONES Y PROCEDIMIENTO DE RESCATE

Primer Autor: Urdaneta Toboso, Ivonne

Centro de Trabajo: Hospital Clinic, Barcelona

Resto de Autores: Sierra La Rotta, Juan Manuel; Combalia Alieu, Andreu; Fuster Obregón, Salvador

Centro de Trabajo: Hospital Clinic, Barcelona

OBJETIVO

Evidenciar los riesgos del tratamiento con vertebroplastia en fracturas inestables con lesión neurológica.

MATERIALES Y MÉTODO

Se presenta el caso de una mujer de 69 años que tras caída casual a pie plano presenta una fractura aguda de LIV tipo wedge (A1.1). Antecedentes de diabetes mellitus tipo II; carcinoma ductal de mama en el 2006 tratado con cirugía y quimioterapia; anomalía transicional lumbosacra.

En la primera visita refiere dolor local moderado sin déficit neurológico. La gammagrafía ósea no demostró metástasis por lo que se decidió tratamiento incruento con analgesia y ortesis externa; a las cuatro semanas la paciente acude a control con dolor lumbar severo y clínica de paraparesia. Se evidencia en estudio de resonancia magnética progresión de la fractura a tipo Burst (A3.3) severa, con ocupación del canal vertebral en 45%, El departamento de diagnóstico por imagen indica y realiza vertebroplastia. En TC-Scan post vertebroplastia se observa fuga del cemento al espacio discal y al cuerpo vertebral superior y persistencia de la inestabilidad. No mejoró el dolor ni el déficit neurológico.

Ante el empeoramiento de la clínica dolorosa y el déficit neurológico se decidió realizar doble abordaje en dos tiempos: 1° Vía anterior: remoción del cemento y corporectomía parcial de L IV con descompresión del canal y colocación de distractor expansible con hueso autólogo y placa a compresión L3-L5; 2° a los siete días vía posterior, estabilizándose con instrumentación pedicular L1 - S2 y vertebroplastia de L5.

RESULTADOS

La paciente se recuperó de la paraparesia y deambula sin dolor. No precisa de ortesis externas ni ayudas a la marcha.

CONCLUSIONES

La vertebroplastia es un método de tratamiento mínimamente invasivo de las fracturas osteoporóticas que mejora el dolor y refuerza la resistencia de la vértebra a la compresión. Aunque para algunos autores la destrucción vertebral extensa, la intrusión del muro posterior en el canal vertebral y la compresión neural con déficit neurológico son contraindicaciones relativas, la presencia de todas ellas representa una contraindicación absoluta y debe alertarnos sobre los riesgos de esta técnica cuando la indicación es inadecuada.

SÍNDROME DE CONO MEDULAR EN GESTANTE CON CARCINOMA DE MAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Primer Autor: Morales Codina, Ana María

Centro de Trabajo: Hospital de Sabadell (CSPT), Barcelona

Resto de Autores: Casas Balazote, Ana Belén¹; García Casas, Óscar²; Esteban Navarro, Pedro Luis²; Salomó Doménech, Mónica²; Girvent Montllor, Francesc²

Centros de Trabajo: ¹Hospital del Mar i l'Esperança; ²Hospital de Sabadell (CSPT), Barcelona

Opta a premios de mejores comunicaciones pósteres

INTRODUCCIÓN

El síndrome de lumbalgia durante la gestación generalmente es secundario a los cambios fisiológicos durante el embarazo, siendo su origen neoplásico excepcional.

Presentamos un caso de lumbalgia secundaria a metástasis vertebral, con lesión neurológica, en una gestante con antecedente de carcinoma de mama.

CASO CLÍNICO

Gestante de 22 semanas, que acudió al servicio de urgencias por cuadro de lumbalgia de 2 meses de evolución e instauración progresiva de sintomatología compatible con un síndrome de cono medular. Como antecedente presentaba carcinoma ductal infiltrante de mama, de alta agresividad, pT1 pN0 (sn) M0, hormonodependiente tratado con doble tumorectomía, quimioterapia y radioterapia completadas hacía 6 meses. La resonancia magnética mostró una fractura patológica por metástasis en T12 con compromiso del cono medular. Tras informarla sobre las diferentes opciones terapéuticas y dada la progresividad del cuadro, la paciente decidió llevar a término el embarazo y someterse a tratamiento quirúrgico. Previa embolización se realizó descompresión medular, corporectomía de T12 y artrodesis posterior instrumentada T10T11-L1L2. El estudio histológico confirmó la metástasis de carcinoma intraductal de mama.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria con remisión completa de la clínica. Se realizó una cesárea a las 32 semanas de gestación, con feto con maduración pulmonar previa, e inició radioterapia y quimioterapia.

DISCUSIÓN

La enfermedad metastásica es la principal causa de compresión medular secundaria a fracturas vertebrales tumorales. El carcinoma de mama es el primero a descartar en mujeres, salvo durante la gestación siendo el de cérvix más frecuente.

El diagnóstico clínico de patología oncológica durante el embarazo es difícil pues suele tratarse de pacientes jóvenes y sanas en las que los controles se centran en su gestación, infravalorando el despistaje de otras patologías no relacionadas con ella.

La lumbalgia durante el embarazo es muy frecuente debido a los cambios fisiológicos del mismo; siendo la consulta a un especialista excepcional y tardía. El antecedente neoplásico es una señal de alarma que obliga al estudio exhaustivo y tratamiento precoz.

Tras revisar la literatura no hemos hallado ningún caso similar, probablemente por el estado de infertilidad de las mujeres tras el tratamiento y a la recomendación facultativa de posponer la gestación.

FRACASO DE CIFOPLASTIA

Primer Autor: Morera Domínguez, Carles

Centro de Trabajo: Hospital Mutua de Terrassa, Barcelona

Resto de Autores: Bosch García, David; Torrent Gómez, Josep; García-Polin López, Cristina

Centro de Trabajo: Hospital Mutua de Terrassa, Barcelona

La fractura vertebral osteoporótica presenta una elevada prevalencia en la población mayor, es una fractura por compresión, que clásicamente ha sido tratada de manera conservadora o mediante cirugía abierta. Actualmente se han desarrollado técnicas percutáneas de aumentación (vertebroplastia o kyphoplastia) para tratar dichas fracturas.

Presentamos una paciente de 69 a. diagnosticada en el servicio de urgencias de fractura vertebral D12, tras accidente de tráfico leve, en diciembre de 2006.

Realizamos un estudio mediante TAC, en que se observa la integridad del muro posterior y una leve compresión del cuerpo vertebral; por lo que decidimos hacer un tratamiento conservador mediante un corsé de tipo Jewett.

En el seguimiento de febrero de 2007, la paciente presenta una clínica de dolor tóraco-lumbar, observándose en la radiografía una progresión importante de la fractura. Realizamos una kyphoplastia, con lo que corregimos la cifosis y conseguimos una correcta aumentación del tamaño vertebral.

En junio de 2007 tras una buena evolución de la paciente, se presenta en CCEE con dolor agudo e intenso en la zona tóraco-lumbar. En el estudio Rx observamos una probable pseudoartrosis de D12 (diagnosticada por RNM) y una subluxación anterior del cemento.

Decidimos solucionar el problema mediante una cirugía abierta, con una doble vía:

- vía antero-lateral; hemivertebrectomía D12 + malla intersomática.
- vía posterior; instrumentación L2 - D9 con tornillos cementados.

Actualmente la paciente está asintomática y sigue control evolutivo en CCEE.

CONCLUSIÓN

Las técnicas percutáneas de aumentación vertebral están siendo de gran utilidad en el tratamiento de las fracturas vertebrales osteoporóticas, pero en ocasiones nos encontramos con problemas graves que implican una corrección con un elevado riesgo. Quizás el cemento no es el mejor método para tratar una fractura y deberemos esperar a encontrar un biomaterial apropiado.

DISOCIACIÓN ESPONDILOPÉLVICA TRAUMÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Primer Autor: Abellán Guillén, Juan Francisco

Centro de Trabajo: Hospital Morales Meseguer, Murcia

Resto de Autores: De Miguel Vielba, José Antonio; Lisón Torres, Alfonso; González Rodríguez, Ernesto; Pérez Jiménez, César

Centro de Trabajo: Hospital Morales Meseguer, Murcia

La disociación espondilopélvica traumática es una lesión rara que ocurre cuando se pierde la continuidad mecánica entre la pelvis y el raquis. Aunque se produce una disfunción mecánica similar a la que ocurre en una fractura-luxación lumbosacra o en una luxación sacroiliaca bilateral, la disociación espondilopélvica presenta un patrón lesional distinto que se caracteriza por una fractura transversa de sacro asociada a una fractura-luxación lumbosacra. Estas lesiones deben ser bien valoradas y requieren la estabilización quirúrgica.

Presentamos el caso de una mujer de 32 años de edad remitida a nuestro centro desde otro hospital con el diagnóstico de fractura de sacro. La mujer sufrió un traumatismo al caer desde una altura de unos 10 metros. En el momento del ingreso presentaba una puntuación de 15 de la escala de coma de Glasgow, se encontraba estable hemodinámicamente y como hallazgo significativo en la exploración física presentaba hipostesia en la región perianal, no presentaba otras lesiones asociadas. Tras el estudio radiológico completo se diagnosticó de disociación espondilopélvica y se programó para tratamiento quirúrgico, en el que se realizó una fijación espondilopélvica. Tras 7 meses de evolución la paciente camina sin ayuda, presenta un buen estado general y se encuentra asintomática.

Estas lesiones, poco frecuentes, se presentan tras traumatismos de alta energía, en los que debe realizarse una exploración cuidadosa buscando otras lesiones prioritarias. Una vez estabilizado el paciente, debe de filiarse adecuadamente la lesión y realizar una estabilización quirúrgica.

HIDATIDOSIS VERTEBRAL PRIMARIA. AFECTACIÓN EXTRAÓSEA CON LESIÓN MEDULAR TRANSVERSA AGUDA

Primer Autor: Castrillo Amores, Miguel Ángel

Centro de Trabajo: Hospital Gómez-Ulla, Madrid

Resto de Autores: Orejas Monfort, Erica¹; Areta Jiménez, Francisco Javier²; Álvarez-Sala Walther, Fernando³; Bernácer López, José Luis³; Cobo Soriano, Javier⁴; Deglané Meneses, Roberto³

Centros de Trabajo: ¹Hospital Nacional de Paraplégicos, Toledo; ²Hospital Gómez-Ulla, Madrid; ³Hospital Ruber Internacional, Madrid; Toledo; ⁴Hospital Ramón y Cajal, Madrid

OBJETIVO

A propósito de un caso de hidatidosis vertebral primaria seguido en nuestra unidad durante 17 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente mujer de 64 años diagnosticada de hidatidosis vertebral primaria en cuerpo vertebral L1 en 1991. Intervenida con resección de cuerpo L1 y artrodesis vertebral. Intervenida posteriormente en 1997 y años siguientes por recidivas T12-L1-L2, sin secuelas neurológicas, sufriendo quinta intervención en 2008 por invasión extraósea de canal con lesión medular aguda transversa con clasificación al alta hospitalaria SLMT D11 ASIA C.

Enfermedad actual: presenta nueva recidiva en noviembre 2007 con pérdida de fuerza 1/5 en MMII, imposibilidad para deambulación, hipoestesia, sensibilidad táctil disminuida, Babinsky bilateral. Ausencia ROT. Retenciones urinarias. En Rx, RM, mielografía, mieloTAC se aprecia recidiva de hidatidosis con afectación T11-T12-L1-L2. Afectación extraósea con invasión del canal medular con estenosis en los niveles citados.

Se realizó laminectomía descompresiva T10-L3, liberando compresión medular T11-T12-L, extrayendo abundantes quistes. Tratamiento con Eskazole oral.

Al alta precisa sondaje vesical, nivel sensitivo D11-12. No deambulación: Psoas 1/5; Cuádriceps 1/5 dcho, 0/5 izq; Tibial Anterior 2/5 bilateral; Ext largo común dedos 2/5 bilateral, Gastrognemios 3/5. No contracción voluntaria esfínter anal. ROT: Aquileo+, Rotulianos +. Reflejos anal y bulbocavernoso débiles. Reflejo cutáneo-plantar + bilateral. Hipotonía. No clonus.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La hidatidosis vertebral es causa poco frecuente de compresión medular. La invasión del espacio epidural es aún menos frecuente. El diagnóstico precoz y resección total acompañado de tratamiento médico, es considerado tratamiento de elección.

La hidatidosis ocurre por contaminación fecal-oral, y la echinococcosis espinal es rara incluso en áreas endémicas. La afectación ósea constituye el 0,5-2%, de ellos la mitad en columna vertebral. La columna torácica es la localización espinal más frecuente. Braitwate and Lees establecieron una clasificación según la localización quística. La localización intraespinal de los quistes tiene tendencia espontánea a la rotura. Por esta razón la alta tasa de recurrencia (40%) es todavía el mayor problema en el manejo de la enfermedad.

CONCLUSIÓN

La echinococcosis espinal es una rara enfermedad con pronóstico incierto debido a su alta tasa de recidivas con potencialidad de producir lesión medular transversa aguda por invasión extraespinal del canal medular.

TUBERCULOSIS VERTEBRAL EN NIÑO DE 3 AÑOS TRATADA MEDIANTE LIMPIEZA QUIRÚRGICA Y ARTRODESIS CIRCUNFERENCIAL. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO

Primer Autor: Riquelme García, Óscar

Centro de Trabajo: Sección de Traumatología y Ortopedia Infantil, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Resto de Autores: Torre Pérez, Óscar; García Martín, Azucena; González López, José Luis

Centro de Trabajo: Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Opta a premios de mejores comunicaciones pósteres

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis espinal comprende el 50% de las formas ostearticulares. Es frecuente la deformidad cifótica y de un 10% a un 47% desarrollan complicaciones neurológicas. La cifosis grosera produce, especialmente en el segmento torácico, pérdida progresiva de función pulmonar con posible fallo respiratorio y fallo cardiaco secundario y una deformidad estética inaceptable.

CASO CLÍNICO

Paciente de 3 años de edad, remitido a nuestro servicio desde otro centro en octubre de 1988 por deformidad en la columna dorsal secundaria a enfermedad de Pott. Estaba en tratamiento con isoniacida y rifampicina desde hacía tres meses.

En estudio de imagen realizado se aprecia destrucción de los cuerpos vertebrales de T8-T9 con cifosis angular T7-T10 de 50°.

El 26-10-1988 es intervenido realizándose desbridamiento del absceso y corpectomía de T8 y T9 y parcial de T6 y T7 y se coloca injerto autólogo de peroné doble en tirante, entre los cuerpos de T6 y T10. En un 2º tiempo, se realizó artrodesis posterior instrumentada T5-T12 con tallo de Harrington invertido a distracción. Se inmovilizó con corsé de yeso durante 6 meses y se continuó con tratamiento tuberculoestático.

La evolución fue satisfactoria objetivándose la consolidación de la artrodesis a los 6 meses, momento en que se retiró el corsé.

En la última revisión (junio de 2005) el paciente presenta un correcto equilibrio de la columna, no se objetiva alteración neurológica secundaria a compresión medular y el estudio radiológico demuestra una cifosis torácica armónica de 40° con hipertrofia de los injertos de peroné y crecimiento del bloque de artrodesis de aproximadamente 1,5 cm en relación con la altura postoperatoria inicial.

DISCUSIÓN

El tratamiento de base es farmacológico. Se acepta el tratamiento quirúrgico para tratar la compresión de la médula espinal, solucionar la inestabilidad segmentaria y evitar deformidades. Existe controversia acerca del tratamiento más adecuado, vías de abordaje y tipo de instrumentación, aunque existe cierto consenso en el tratamiento por doble vía e instrumentación posterior en cifosis importantes con más de un cuerpo vertebral afecto. Es necesario un seguimiento de larga evolución para asegurar un crecimiento funcional de la columna vertebral hasta completado el periodo de crecimiento.

COMPRESIÓN DEL SACO DURAL POR HIPERPLASIA SINOVIAL A NIVEL DE L3

Primer Autor: González-Arabio Sandoval, Daniel

Centro de Trabajo: Hospital de León, Unidad de Raquis

Resto de Autores: Saldaña Díaz, Andrés; López-Sastre Núñez, Antonio; Betegón Nicolás, Jesús; Villar Pérez, Julio; Hernández Encinas, José; Gosalbez García, Javier; Fernández González, Manuel

Centro de Trabajo: Hospital de León

OBJETIVOS

Exponer y discutir un caso de compresión del saco dural por un hematoma formado por un sangrado idiopático ocurrido en la articulación interapofisaria posterior derecha de L3.

MÉTODO

Presentamos el caso de un varón de 67 años remitido a nuestra unidad por presentar un cuadro de dolor lumbar, de varios meses de evolución, irradiado a ambas extremidades inferiores, hasta las pantorrillas. A la exploración física el paciente presenta dolor a la palpación de espinosas L4-L5, Lasegué y Bragard lumbares a 45°. La movilidad y la sensibilidad con calambres y dolores. Inestabilidad y clínica de seudoclaudicación moderada-severa. Los reflejos osteomusculares disminuidos simétricos.

En los estudios de imagen se pudo observar una tumoración a nivel de L3-L4, que invadía el canal en un 75%, de localización extradural derecha, que procedía de la articulación interapofisaria posterior derecha, apreciándose en dicha articulación geodas óseas subcondrales.

En el estudio de RM se confirmó la presencia de la tumoración extradural derecha a nivel de L3-L4 dependiente de la articulación interapofisaria, con compresión del saco dural por su margen posterior y lateral derecho, así como compresión de las raíces lumbosacras y gran compromiso de la raíz L3 derecha. La lesión no captaba contraste, no siendo evidenciados signos de lisis ni de destrucción ósea.

RESULTADOS

El paciente fue intervenido realizándose una resección del arco posterior de L3 y retirada de articular derecha e izquierda. Se visualizó un hematoma evolucionado, en continuidad con la articulación interapofisaria. No se evidenció la presencia de formación quística ni de disco herniado. Finalmente se procedió a una estabilización mediante tornillos pediculares bilaterales en L2, L3, L4 y L5.

El estudio anatomopatológico objetivó una hiperplasia sinovial, en algunas zonas de la periferia se identificó pigmento hemosiderínico.

CONCLUSIONES

Se han descrito muy pocos casos en la literatura de compresión del saco dural por un hematoma proveniente de la articulación interapofisaria, en ausencia de una formación quística previa. La patogenia de la hemorragia se desconoce, aunque podría deberse a cambios articulares degenerativos. La escisión quirúrgica de la masa compresiva y la estabilización del segmento constituyen el tratamiento definitivo.

INSTRUMENTACIÓN POSTERIOR C-D EN FRACTURAS ESTALLIDO INESTABLES DE LA CHARNELA TORACO-LUMBAR

Primer Autor: Pérez Núñez, María Isabel

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Universidad de Cantabria, Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas

Resto de Autores: Laguna Bercero, Esther; Alonso Aguirre, M^a Ángeles; Pascual Carra, Ascensión; Fakkas Fernández, Michel

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

INTRODUCCIÓN

Se realiza un estudio prospectivo en 41 fracturas estallido inestables a nivel T12-L1-L2 con más del 50% de ocupación del canal. Grupo I: Artrodesis Posterior Transpedicular CD-Horizon 6,35 (enero 2001-febrero 2004); Grupo II: CD-Legacy 5,5 (marzo 2004-enero 2007) instrumentando la vértebra fracturada y realizando artrodesis corta con injerto autólogo de cresta iliaca.

MATERIAL Y MÉTODOS

Grupo I: 17 pacientes, edad media 35,70 años, rango (16, 59), niveles fracturados: T12=1, L1= 15; L2=1, clasificación: Denis 14 tipo B y 3 tipo A. Magerl (A3 incompleta: 14; completa: 3). Etiología: intento autolisis 4, accidente tráfico 5, laboral 6 y deportivo 2.

Grupo II: 24 pacientes, edad media 37,79 años, rango (20, 59), niveles T12=3; L1=13; L2=8 clasificación: Denis 17 tipo B,1 tipo E y 6 tipo A. Magerl (A3 incompleta:17 y completa:7) Etiología: intento autolisis 2, accidente tráfico 13, laboral 5 y deportivo 4. Neurológicamente: todos Frankel-ASIA: E.

Se realiza estudio Rx AP y lateral evaluándose Índice Sagital (IS) Farcy preoperatorio, postoperatorio y evolución, realizando TAC-3D preoperatorio y al año de evolución, valorando la ocupación del canal y artrodesis.

RESULTADOS

Grupo I: IS Farcy: Preop.: 21,35°, posto.: 1,41°, evolución final: 4,23°. La ocupación del canal medular preop.: 60,88%, al año: 0,5%. Se consiguió artrodesis estable en todos los casos (excelente 12 casos, buena 5).

Grupo II: IS Farcy: Preop.: 22,4°, postop.: 2,1°, evolución final: 12,2°. La ocupación del canal medular preop.: 64,38%, al año: 11,4%. Hubo 6 casos de ruptura de barras con pérdida de corrección y en 1 caso se comprobó pseudartrosis.

CONCLUSIÓN

En fracturas estallido inestables (Denis) con más del 50% de ocupación del canal somos partidarios de artrodesis posterior transpedicular, instrumentando la vértebra fracturada, utilizando barras de calibre 6,35 mm y aporte de injerto autólogo para evitar fracasos de la instrumentación que conlleven pérdida de corrección y pseudoartrosis.

OSTEOMIELITIS NO TUBERCULOSA DE LA APOFISIS ODONTOIDES

Primer Autor: Matas Pareja, Mariano

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona

Resto de Autores: García Nuño, Laura; Iborra González, Miquel; Cavanilles Walter, José María; Alberti Fito, Gloria; Ubierna Garces, María Teresa; Roca Burniol, Jaume

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La infección vertebral cervical, sobre todo C1-C2, es infrecuente. Presentamos un caso de osteomielitis atlo-axoidea en el contexto de un shock séptico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 72 años sin antecedentes de interés que ingresa procedente de otro centro por shock séptico tras fractura pertrocanterea. Se diagnostica gran absceso a nivel de la cadera izquierda con extensión intrapélvica. Se requieren 2 intervenciones quirúrgicas de desbridamiento a nivel abdominal y cadera y antibioticoterapia. En los hemocultivos y en las muestras obtenidas, se aísla *Staphylococcus aureus* sensible a la cloxicilina.

En el postoperatorio refiere dolor cervical, malestar general y febrícula siendo la radiografía y la TC cervical normales.

Un mes después y tras la resolución del absceso intrapélvico, la paciente presenta de nuevo cervicalgia y febrícula. La radiografía, TC y RM muestran luxación atlo-axoidea, con lesiones osteolíticas a nivel de apófisis odontoides. La paciente no presenta clínica neurológica. Debido a su malestar general por infección concomitante de *Candida albicans* se retrasa intervención quirúrgica colocándose provisionalmente collarín rígido. Al mes se realiza artrodesis C1-C2 por vía posterior. El TC de control muestra la reducción de la luxación.

RESULTADOS

Nueve meses después la paciente está asintomática. Se muestra la iconografía del caso clínico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La osteomielitis cervical C1-C2 es una entidad muy poco frecuente. Puede tener dos orígenes, la vía directa (cirugía previa, herida traumática) o la vía hematogena, que es la más frecuente. Si se consigue aislar el microorganismo implicado, el más frecuente es el *Staphylococcus aureus*. Es una entidad con elevada morbimortalidad y con factores de riesgos asociados (diabetes mellitus, inmunosupresión, insuficiencia renal y ADVP). El diagnóstico es difícil, con una clínica muy insidiosa y con la posibilidad de una rápida aparición de clínica neurológica. El tratamiento incluye antibioticoterapia específica y tratamiento quirúrgico (artrodesis y/o desbridamiento) cuando hay clínica neurológica, gran inestabilidad, fractura patológica de la apófisis odontoides o abscesos epidurales.

FRACTURA DE ODONTOIDES COMO LESIÓN DISTRACTORA DE FRACTURA-LUXACIÓN VERTEBRAL DORSAL D5-D6

Primer Autor: Velázquez Fragoso, Juan José

Centro de Trabajo: EGARSAT, Barcelona

Resto de Autores: Morera Domínguez^{1,2}, Carles; Sales Ortega, Josep¹; Soler Romagosa, Francesc¹

Centros de Trabajo: ¹EGARSAT, Barcelona; ²Mutua de Terrasa, Barcelona

CASO CLÍNICO

Varón de 43 años, granjero de profesión, derivado a nuestro centro tras sufrir un accidente de tráfico “in itinere”, con el diagnóstico de fractura de odontoides. Se completó estudio mediante TAC cervical que confirmó la lesión, una fractura de odontoides tipo II, y se realizó tratamiento ortopédico colocando un Halo-Jacket.

A los 3 meses del accidente se realizó una TAC cervical para valorar la evolución de la fractura de odontoides, que confirmó la consolidación de misma, pero que además descubrió de forma fortuita una fractura-luxación de columna vertebral dorsal D5-D6 que había pasado inadvertida desde el accidente. No presentaba dolor ni déficit neurológico, si una discreta deformidad cifótica a dicho nivel.

Se completó el estudio con una RMN que evidenció indemnidad neurológica y se realizó una artrodesis instrumentada transpedicular D2-D9 corrigiendo la cifosis inicial sin reducir la luxación. La evolución del paciente fué satisfactoria, la fractura de odontoides se encuentra actualmente consolidada, no presenta dolor cervical ni dorsal, la cifosis residual es mínima y ha podido ser reincorporado a su actividad laboral habitual.

DISCUSIÓN

Revisando el motivo por el cual pasó desapercibida la fractura-luxación dorsal, hay que señalar que el paciente venía remitido de otro centro hospitalario con un diagnóstico de fractura de odontoides ya establecido y que refería únicamente dolor cervical, lo cual distrajo la atención sobre el resto de posibles lesiones vertebrales. Además, las radiografías de columna dorsal y lumbar que aportaba eran deficientes.

Al colocar el Halo-Jacket, éste mantenía cierta inmovilización de la columna dorsal por lo que el paciente nunca refirió dolor a dicho nivel.

CONCLUSIÓN

En pacientes con fracturas de alta energía no hay que quedarse con el diagnóstico más evidente, hay que hacer siempre una correcta exploración de toda la columna vertebral y si las imágenes radiograficas son inadecuadas, éstas deben ser repetidas o valorar la realización de una TAC.

FRACTURA CORONAL DE VÉRTEBRA LUMBAR SECUNDARIA A QUISTE ÓSEO SIMPLE

Primer Autor: Llabres Comamala, Marcelino

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca

Resto de Autores: Femenias Rosello, Juan; Jurado Serrano, Pablo; Ripoll Estela, Guillermo; Rubi Jaume, Miguel

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca

OBJETIVOS

Los quistes óseos simples son una entidad de rara presencia en la columna vertebral. Generalmente son asintomáticos y su hallazgo es casual al practicar estudios de imagen en busca de otras patologías. Solo hemos encontrado en la literatura un caso de fractura secundaria a quiste óseo simple que afectaba al pedículo.

MÉTODOS USADOS

Se trata de un varón de 32 años que ingresa en el servicio de urgencias trasladado en UVI móvil tras precipitación de 10 metros de altura. En el estudio radiológico inicial se observa fractura de cótilo derecho, pilón tibial izquierdo y vértebra L1. Se practica TAC lumbar que informa de fractura de L1 con afectación de muro posterior y ocupación de canal de 10% (Tipo A.3.1 de la clasificación AO). Asimismo se aprecia fractura de cuerpo vertebral de L4 de trayecto coronal (tipo A.2.2 de la clasificación AO) y cuyo trazo atraviesa un quiste óseo de características benignas que se orienta como quiste óseo simple. Se procede a intervención quirúrgica consistente en artrodesis D12-L5 para lograr estabilización de ambas fracturas en el mismo acto quirúrgico. Asimismo y con posterioridad fue intervenido de fractura de cótilo y pilón tibial.

RESULTADOS

El post-operatorio fue correcto y el paciente se pudo movilizar a las 48 horas. Pasados 4 meses el paciente no refiere dolor lumbar y ha iniciado rehabilitación con carga progresiva en espera de la evolución de las fracturas de cótilo y pilón tibial.

CONCLUSIONES

Los quistes óseos simples de la columna lumbar son raros y generalmente asintomáticos. Su hallazgo suele ser casual y debe realizarse diagnóstico diferencial con quistes aneurismáticos o con quistes sinoviales, pero éstos se localizan cerca de articulaciones. Su presencia en el cuerpo vertebral podría suponer una zona de debilidad en la transmisión de cargas a través del mismo y ser origen de fracturas. Se han descrito como tratamiento resecciones en bloque así como inyección percutánea de corticoides, pero en nuestro caso el tratamiento incluía una fractura en un segmento superior por lo que optamos por realizar una artrodesis postero-lateral instrumentada.

CIFOSIS ANGULAR POSTRAUMÁTICA EN FRACTURA DE T12: DOBLE VÍA SIMULTÁNEA

Primer Autor: Escala Arnau, Joan Salvador

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona

Resto de Autores: Ifimie, Petrea; Marsol Puig, Anna; Huguet Comelles, Ramón; Giné Gomá, Josep

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona

INTRODUCCIÓN

Las fracturas por comprensión del cuerpo vertebral son lesiones frecuentes en pacientes con osteoporosis. El colapso progresivo del cuerpo vertebral y la cifosis secundaria a las fracturas toracolumbares pueden ser muy invalidantes.

Presentamos el caso de una paciente con cifosis postraumática secundaria a fractura osteoporótica de T12 con gran limitación funcional.

MATERIAL Y MÉTODO

Dona de 61 años que consulta por dorso lumbalgia de un año de evolución secundaria a fractura acunamiento (70%) de T12 diagnosticada a las 6 semanas del traumatismo (caída) y tratada con una ortesis de Jewett durante 5 meses. Destaca el antecedente de osteoporosis en tratamiento específico.

La paciente refiere dolor incapacitante con Oswestry 90 y EVA 10.

A la exploración física destaca cifosis dorso lumbar, palpación difusa hipérgica con pseudo irradiación bilateral hacia las ingles, la exploración neurológica es normal.

En el estudio radiológico se observa cifosis angular T11-L1 de 30°, cifosis dorsal de 60° con desequilibrio sagital positivo de 5 cm. La RM y la TAC confirman la lesión del cuerpo vertebral con protrusión mínima del muro posterior, sin compromiso del canal medular.

Se realiza tratamiento quirúrgico que consiste en: Primer tiempo: en decúbito prono, instrumentación pedicular T10-L2 con cruentación posterolateral, liberación facetaria y toma de injerto. Segundo tiempo: en decúbito lateral derecho, toracotomía en 9º espacio, corporectomía de T12 con discectomía de los niveles adyacentes y artrodesis ínter somática T11-L1 con caja expansiva. Tercer tiempo: Apertura de la vía posterior y reducción combinada de la cifosis. Se coloca ortesis de Jewett en el postoperatorio durante 3 meses.

RESULTADOS

La evolución postoperatoria es satisfactoria sin complicaciones. Al año de evolución la paciente está asintomática con Oswestry 26 y EVA 1. Presenta buena fusión del injerto intersomático, la cifosis residual T11-L1 es de 10°, la cifosis torácica de 50° y está equilibrada.

CONCLUSIONES

En este caso la doble vía simultanea nos ha permitido corregir la cifosis regional y equilibrar la columna, obteniendo la fijación estable de la misma con un buen resultado funcional.

CIFOSIS TORÁCICA EN PACIENTE CON PECTUS CARINATUM

Primer Autor: Escala Arnau, Joan Salvador

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona

Resto de Autores: Iftimie, Petrea; Marsol Puig, Anna; Huguet Comelles, Ramón; Giné Gomá, Josep

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Scheuermann (1920) tiene etiología variada y controvertida. Para su diagnóstico se utilizan los criterios descritos por Sorensen en 1964 (cifosis estructurales con acunamiento vertebral de 5° o más en tres vértebras torácicas adyacentes). Se presenta el caso de un paciente que cumple los criterios de la enfermedad de Scheuermann asociados a pectus carinatum intervenido con liberación anterior combinada con artrodesis posterior instrumentada en segundo tiempo.

MATERIAL Y MÉTODO

Hombre de 21 años de edad que presenta dorsalgia secundaria a cifosis dorsal T2-T12 75° (angular T8-T11 40°). En los antecedentes patológicos destaca talla baja, neumotórax bilaterales de repetición (tratados quirúrgicamente) y pectus carinatum asimétrico.

La cifosis inicial de 43° a los 13 años es progresiva y cumple los criterios de Sorensen, tratándose durante 2 años con corsé de Milwaukee. A los 14 años aparece deformidad costal. La curva progresa hasta los 75° (T5-T12), sin desequilibrio sagital, ni coronal. La exploración neurológica es normal. La cifosis es rígida no reductible en la radiografía forzada. La RM es normal. Presenta Oswestry 22 i EVA 4 en el preoperatorio.

Se realiza un 1^{er} tiempo quirúrgico: estereotomía y esternocondroplastia (desde el 5° hasta el último cartilago condroesternal bilateral). 2º tiempo: toracotomía izquierda (6º espacio) con discectomía T7-T11 (4 niveles) y artrodesis ínter somática con alo injerto. 3^{er} tiempo: artrodesis posterolateral con instrumentación híbrida T4-L3. Para la reducción, se realiza maniobra de Cantilever progresiva. Se coloca ortesis de Jewet durante 3 meses.

RESULTADOS

El paciente presenta derrame pleural izquierdo subclínico en el postoperatorio inmediato como única complicación. Esta prácticamente libre de dolor (EVA 1) durante los últimos 15 meses.

Rx postoperatorio inicial: La cifosis torácica de 50° con correcto equilibrio sagital. El paciente presenta pérdida de corrección de 5°, mantiene un buen resultado clínico (Oswestry 2) y cosmético satisfactorio según SRS-22 (15 meses del postoperatorio).

CONCLUSIÓN

En este caso se ha optado por un primer tiempo anterior dada la presencia de una deformidad torácica previa, la gran rigidez de la curva y la mínima altura discal existente. La cirugía ha conseguido corrección aceptable de la cifosis con resultado clínico satisfactorio.

FRACTURA VERTEBRAL PATOLÓGICA SECUNDARIA A HIPERNEFROMA

Primer Autor: Escala Arnau, Joan Salvador

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona

Resto de Autores: Ifimie, Petrea; Marsol Puig, Anna; Huguet Comelles, Ramón; Giné Gomá, Josep

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente 25-50% de los hipernefomas se presentan con metástasis óseas. Este tumor representa el 1,7% de las neoplasias del adulto caracterizándose por falta de signos clínicos precoces. Presentamos el caso clínico de un paciente con lumbalgia aguda secundaria a fractura patológica por metástasis vertebral de hipernefroma.

MATERIAL Y MÉTODO

Hombre de 50 años de edad sin antecedentes patológicos con clínica de lumbalgia no traumática de un mes de evolución.

A la exploración destaca dolor intenso a nivel T12 sin irradiación ni afectación neurológica (EVA 10 y Oswestry 76). Se diagnostica de fractura patológica de T12 y un equipo médico multidisciplinario coordina el caso.

La RM y el TAC demuestran fractura de T12 secundaria a metástasis (ocupación del canal medular 10%), metástasis a T4, T6, T7, octavo arco costal izquierdo y los dos fémures proximales, confirmadas con gammagrafía ósea. El análisis de sangre es normal. TAC toraco-abdominal es compatible con hipernefroma. Presenta Index de Karnofsky del 60% y de Tokuhashi de 8 (esperanza de vida de hasta 12 meses); se decide tratamiento paliativo.

Previo embolización por arteriografía (dos días antes), se realiza resección intralesional de T12 con artródesis instrumentada D11-L1 (caja ínter somática con auto injerto de cresta iliaca y alloinjerto). Destacamos el mínimo sangrado quirúrgico. El estudio histopatológico confirma metástasis de carcinoma renal.

Después de la estabilización quirúrgica de la fractura se inicia radio, quimioterapia y se realiza nefrectomía radical derecha confirmando la histología de hipernefroma sin invasión vascular ni capsular.

RESULTADOS

Se consigue disminución del tumor, descompresión indirecta del canal y estabilización quirúrgica. Las Rx demuestran buena corrección con buena fusión del injerto ínter somático. La evolución clínica es satisfactoria, el paciente prácticamente no tiene dolor y es autónomo.

Actualmente (8 meses post intervención) el paciente mantiene la buena evolución (EVA 1 y Oswestry 34) realizando controles y quimioterapia supervisado por oncólogo.

CONCLUSIONES

Ante un paciente con fractura vertebral por metástasis de hipernefroma es imprescindible el manejo multidisciplinario.

La valoración del índice de Tokuhashi para decidir el tratamiento quirúrgico de la fractura patológica nos ha permitido mejorar la función y la calidad de vida del paciente.

ESPONDILOLISTESIS LUMBOSACRA TRAUMÁTICA

Primer Autor: Faour Martín, Omar

Centro de Trabajo: Hospital Clínico Universitario, Valladolid

Resto de Autores: Barrio Sanz, Patricia; Noriega González, David César; Noriega Trueba, Juan José; García Flórez, Luis

Centro de Trabajo: Hospital Clínico Universitario, Valladolid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Podemos definir la espondilolistesis como el desplazamiento anterior o posterior de una vértebra sobre otra. En el adulto ésto se produce en la columna lumbosacra como consecuencia de traumatismos, defectos de arquitectura ósea o procesos degenerativos. Tenemos como objetivo presentar nuestra experiencia clínica en espondilolistesis lumbosacra traumática.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una paciente mujer, de 55 años de edad, que sufre accidente de circulación, en el asiento de copiloto, con traumatismo lateral y anterior. Tras ser estabilizada e intervenida quirúrgicamente para realizarle una esplenectomía, es dada de alta de su hospital de referencia. La paciente acude a nuestra consulta tras seis meses del traumatismo, refiriendo intenso dolor lumbar, acompañado de incontinencia urinaria e intestinal, así como pérdida de fuerza a la flexión dorsal de ambos pies y parestias en ambas extremidades en territorio de la raíz S1. La exploración física revela disminución del reflejo aquileo y disminución de la sensibilidad en territorio S1 de forma bilateral, así como imposibilidad para el taloneo.

La radiología simple revela la existencia de una listesis l5 S1 completa (grado IV).

La rnm completó el estudio de imagen.

Se programó la intervención quirúrgica para la reducción y estabilización del fragmento afecto, utilizándose una vía de abordaje posterior de la columna lumbosacra y una artrodesis posterolateral con tornillos pediculares empleando el sistema universal de columna para fracturas con modificación para espondilolistesis.

RESULTADOS

Se consiguió la reducción completa de la listesis. En los días siguientes a la intervención quirúrgica, la paciente mejoró de su sintomatología, recuperó el control esfinteriano y fue recuperando la fuerza y sensibilidad de ambas extremidades.

CONCLUSIONES

Podemos concluir la necesidad de descartar lesiones de la columna lumbosacra en todo traumatismo de alta energía; la vía de abordaje posterior puede ser adecuada para la reducción y estabilización de la columna lumbosacra, incluso en listesis de grados tales como el presentado, permitiendo el control de los elementos neurológicos en el acto quirúrgico. El empleo de instrumentaciones específicas facilita la reducción anatómica, evitándose la instrumentación de niveles vertebrales adicionales.

TUMOR FIBROSO SOLITARIO EXTRADURAL INTRARAQUÍDEO LUMBAR

Primer Autor: Grau Escarre, Albert

Centro de Trabajo: Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

Resto de Autores: Lombao Iglesias, Domingo; Medina Romera, Manuel

Centro de Trabajo: Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

INTRODUCCIÓN

El tumor fibroso solitario es una neoplasia mesenquimal primitiva con características de diferenciación multidireccional. Fue descrita por primera vez en 1921 por Klemperer y Rabin en la pleura, posteriormente se ha descrito en otras localizaciones, aunque pocas en raquis y menos en zona lumbar. Tiende a seguir un curso benigno sin conocerse con exactitud su pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un caso de una mujer de 78 años con clínica de dolor lumbar bilateral con ciática, parestesias y claudicación en miembro inferior izquierdo de meses de evolución. Tras su estudio con la ayuda de pruebas complementarias (TAC) se objetiva una antelistesis grado I L4 sobre L5 que comporta una estenosis de canal que afecta a ambos recesos laterales y espacios foraminales, de predominio izquierdo.

Bajo dicho diagnóstico se programa para realizar descompresión y artrodesis L4-L5.

La RNM previa a la intervención quirúrgica halló una lesión de 4x3, 2 cm en el espacio L3-L4 de características quísticas que comprimía y desplazaba saco tecal y raíz L3 izquierda.

Se realiza hemilaminectomía L3-L4, artrectomía L4-L5, exéresis tumoral (adherido a saco dural y raíz L3 izquierda) más artrodesis instrumentada L2-L5.

RESULTADOS

La tumoración es analizada en anatomía patológica y se diagnostica de tumor fibroso solitario tras realizar diagnóstico diferencial con meningioma fibroso, schwanoma, condrosarcoma mesenquimal y hemangiopericitoma.

La clínica neurológica desaparece tras la intervención.

La paciente sigue libre de patología después de 18 meses.

CONCLUSIONES

TFS es una lesión tumoral relativamente frecuente en pleura y otras localizaciones pero rara en raquis; en la literatura, la serie descrita más extensa de TFS asciende a 7 casos y en solo 2 casos eran raquídeos.

La gran mayoría de los raquídeos son de localización cervical o torácica. Hemos encontrado únicamente 2 casos documentados de localización lumbar, de los cuales sólo uno era extrameningeo como en nuestro caso.

Generalmente son de comportamiento benigno sobre todo si su extirpación es completa; hay descritos casos de recidivas, malignización e incluso de metástasis; nuestra paciente se encuentra libre de patología 18 meses después de la intervención.

El diagnóstico diferencial debe realizarse fundamentalmente con el meningioma fibroblástico, schwanoma y hemangiopericitoma a por técnicas histológicas e inmunohistoquímicas ya que clínica y radiológicamente pueden ser indistinguibles.

HEMATOMA SUBDURAL ESPINAL ESPONTÁNEO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Primer Autor: Lorente Muñoz, Asís

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Resto de Autores: Cincu Marsalic, Rafael; Cortes Franco, Severiano; Fustero De Miguel, David; Rivero Celada, David; Alberdi Viñas, Juan; González Martínez, Luis; Lisbona Alquezar, Pilar; Orduna Martínez, Javier; Gomez Perún, Joaquín

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

INTRODUCCIÓN

Los hematomas subdurales agudos espinales son una patología poco frecuente que se asocia a traumatismos, coagulopatías, malformaciones vasculares, tumores medulares o técnicas invasivas. Suelen presentarse clínicamente como una paraplejía aguda.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 73 años con antecedente de policitemia vera. Presenta una clínica aguda con nivel sensitivo L1 y plejía del miembro inferior izquierdo. La RNM objetiva un extenso hematoma subdural agudo desde D11 a L1 que comprime la médula en la porción posterolateral izquierda. Se realiza laminectomía descompresiva D11-L1 con apertura dural y evacuación del hematoma subdural. A las 36 horas de la primera cirugía, presenta un cuadro brusco de paraplejía. Se realiza nueva RNM, observándose gran colección hemática desde la piel al canal medular con compresión del mismo desde D11 a L2, que se procede a evacuar.

RESULTADOS

El estudio hematológico reveló una disminución de la intensidad y velocidad de agregación plaquetaria, precisando trasfusiones periódicas de plaquetas y hormona antidiurética humana. Estabilizada la paciente comienza el tratamiento rehabilitador. A los seis meses su balance muscular era: EID 5/5, EII 4/5. Deambulaba con andador siendo independiente para actividades domésticas y sin presentar alteraciones de esfínteres.

CONCLUSIONES

Los HSE son una entidad poco frecuente, pero que debe ser considerada en pacientes con factores de riesgo, ante un cuadro sugestivo de lesión medular. La cirugía estándar es la laminectomía con evacuación del hematoma. El tratamiento conservador es una opción terapéutica solo para los casos con exploración neurológica anodina. El deterioro neurológico en el postoperatorio inmediato justifica la realización de un nuevo estudio de neuroimagen urgente.

ALTERACIONES MORFOLÓGICAS EN LA ESCOLIOSIS DURANTE EL CRECIMIENTO. ESTUDIO EN RAQUIS HUMANOS

Primer Autor: Beguiristain Gurpide, José Luis

Centro de Trabajo: Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona

Resto de Autores: Duart Clemente, Julio¹; Del Río Alonso, Javier²

Centros de Trabajo: ¹Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona; ²Hospital Mutual, Santiago de Chile, Chile

INTRODUCCIÓN

En la actualidad todavía existe muy poca información acerca de las deformidades que se producen en la escoliosis durante el crecimiento.

OBJETIVOS

Analizar el sustrato anatomopatológico del raquis escoliótico humano durante el crecimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudiamos las piezas anatómicas de raquis, obtenidas en las necropsias, de dos pacientes afectos de parálisis cerebral infantil (PCI), en período de crecimiento, diagnosticados de escoliosis sin tratamiento previo. Muestra A (una niña de 13 años y 2 meses, con patrón idiopático) y muestra B (un niño de 14 años y un mes, con patrón neuropático). Se evaluó el grado de maduración esquelética, la morfología vertebral y la participación de cada una de ellas en el conjunto de la deformidad. Se realizó un estudio radiológico convencional; se valoró la intensidad de las curvas con el método de Cobb y la rotación vertebral con el método de Pedriolle, cortes de TAC y análisis de la asimetría posterior (giba). Además en el estudio histológico se valoró la estructura ósea, los cartílagos de crecimiento y el hueso subcondral.

RESULTADOS

Se estudiaron los niveles de C7 a L5 de la muestra A y de T2 a L4 de la muestra B. No se evidenció deformidad de los cuerpos vertebrales en el plano frontal, sagital ni axial, salvo en T5 de la muestra A, con acuñamiento (15°) en el plano frontal hacia la concavidad. La deformidad se originaba en los discos intervertebrales. La osificación endcondral de los cartílagos epifisarios presentaba una mayor actividad en el lado de la convexidad de la curva. El cartílago neurocentral estaba presente a nivel torácico y cervical, habiendo desaparecido a nivel lumbar. No observamos asimetría en los cartílagos neurocentrales.

CONCLUSIONES

La deformidad se inicia en los discos intervertebrales produciéndose alteraciones a nivel de los cartílagos epifisarios que pueden condicionar al final del crecimiento, la deformidad de las vértebras escolióticas, básicamente acuñamiento y rotación.

PARAPARESIA POR CORROSIÓN E INFECCIÓN TARDÍA EN UN IMPLANTE DE COLUMNA VERTEBRAL

Primer Autor: Beguiristain Gurpide, José Luis

Centro de Trabajo: Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona

Resto de Autores: Del Río Alonso, Javier¹; Duart Clemente, Julio²; Barroso Díaz, José Luis³; Silva González, Álvaro¹; Villas Tomé, Carlos²

Centros de Trabajo: ¹Hospital Mutual, Santiago de Chile, Chile; ²Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona; ³Clínica San Miguel, Pamplona

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de interés. La corrosión de los implantes es poco deseable por dos razones; disminuye la resistencia mecánica y sus productos pueden generar reacciones adversas en el huésped. Las bacterias se asocian frecuentemente a implantes con corrosión, especialmente en los casos de infección tardía de implantes de columna.

MATERIAL Y MÉTODO

Una paciente de 15 años con escoliosis idiopática del adolescente fue intervenida con una artrodesis posterior T3-L3 utilizando una instrumentación de acero inoxidable 316L. Catorce años después la paciente acudió a la consulta presentando marcha espástica, hipertonia e hiperreflexia bilateral y un nivel sensitivo T5-T6. En la radiología simple se evidenció una disminución en la densidad en la zona proximal de la barra izquierda y en un TAC se observó una masa a nivel T6-T7 que invadía el canal medular.

RESULTADO

Se realizó la retirada del instrumental por un abordaje posterior. Durante la cirugía se observó corrosión en la barra izquierda. El estudio histológico de las muestras obtenidas durante la cirugía confirmó el diagnóstico de metalosis. Los cultivos fueron positivos para *P. acnes*. A los 6 meses de la retirada la paciente se encuentra asintomática, sin evidencias de mielopatía o infección.

CONCLUSIONES

La corrosión de los implantes de columna es frecuente. Akazawa et al. observaron corrosión en el 66% de las uniones en implantes de columna retirados. La corrosión se relaciona con patologías como el “dolor tardío de la zona operatoria” o la “infección tardía en implantes de columna”, pero su rol exacto aún no ha sido determinado. La influencia de los agentes microbianos en la corrosión (o biocorrosión) es un nuevo concepto a tener en cuenta. Los efectos sistémicos y los efectos locales, relacionados a la corrosión, deben ser evitados con un diagnóstico precoz y la retirada oportuna de la instrumentación.

LUMBALGIA EN RELACIÓN CON FIBROSIS RETROPERITONEAL POSTRAUMÁTICA

Primer Autor: Hidalgo Ovejero, Ángel

Centro de Trabajo: Hospital Virgen del Camino y Clínica Ubarmin, Pamplona

Resto de Autores: Rivero Marcotegui, María¹; García Mata, Serafín¹⁻²; Brun Sánchez, Miriam¹⁻²; Montesino Samper, Manuel²; Sánchez Guardamino, Daniel¹⁻²

Centros de Trabajo: ¹Clínica Ubarmin, Pamplona; ²Hospital Virgen del Camino, Pamplona

INTRODUCCIÓN

La fibrosis retroperitoneal es un raro proceso inflamatorio fibrótico que afecta a tejidos periaórticos retroperitoneales, comprimiendo las estructuras vecinas.

Se aporta un caso de fibrosis retroperitoneal postraumática diagnosticado a partir de una lumbalgia atípica.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 52 años, sin antecedentes médicos de interés que consultó por lumbalgia de 1,5 mes de evolución de predominio nocturno. 3 semanas antes había sufrido un traumatismo dorso-lumbar con gran hematoma asociado.

La RX fue normal.

En la gammagrafía ósea se apreciaron focos hipercaptantes en T11 y riñón derechos.

Los estudios de imagen demostraron hidronefrosis derecha, y una masa de tejido blando rodeando la aorta desde el hilio renal con 15 cm de extensión distal y poca pero homogénea captación de gadolinio. Estos hallazgos eran compatibles con fibrosis retroperitoneal. Había también fractura de la 11^a costilla.

La analítica fue normal excepto VSG de 90.

Se inició tratamiento con corticoesteroides con mejoría clínica progresiva.

Los TAC de control demostraron disminución importante de la masa retroperitoneal. Un año después el paciente permanece asintomático.

DISCUSIÓN

La sintomatología de la fibrosis retroperitoneal tiene relación con el atrapamiento de uréteres y estructuras vasculo-nerviosas próximas, pudiendo aparecer entre otras hipertensión arterial, oliguria, anuria,... Es necesario establecer un diagnóstico diferencial con procesos autoinmunes y tumorales. Dados los antecedentes se ha etiquetado como fibrosis retroperitoneal postraumática. Existe consenso en el tratamiento inicial de estos casos con corticoesteroides siendo ocasionalmente necesario realizar liberación quirúrgica de los uréteres.

LUXACIÓN L3-L4 SIN LESIÓN NEUROLÓGICA

Primer Autor: Hidalgo Ovejero, Ángel

Centro de Trabajo: Hospital Virgen del Camino y Clínica Ubarmin, Pamplona

Resto de Autores: García Mata, Serafín; Orradre Burusco, Íñigo; González Arteaga, Javier; Alzuela Zubiri, Luis

Centros de Trabajo: Hospital Virgen del Camino y Clínica Ubarmin, Pamplona

INTRODUCCIÓN

Las luxaciones vertebrales son lesiones de alta energía viéndose raramente a nivel lumbar siendo más frecuentes a nivel de charnelas tóraco-lumbar y lumbo-sacra. Las luxaciones de vértebras intermedias lumbares son excepcionales, habiéndose encontrado publicadas menos de 20 casos.

Se presenta un caso de luxación L3-L4 sin lesión neurológica, comentando el mecanismo anatomopatológico y el tratamiento aplicado.

CASO CLÍNICO

Mujer de 40 años que fue trasladada a nuestro hospital tras haber sufrido un accidente aéreo, saliendo despedida del avión amarrada al asiento por el cinturón de seguridad.

Al ingreso se apreciaron múltiples contusiones y erosiones sin evidenciarse déficit neurológico ni otras lesiones.

Lo estudios de RX, TAC y RMN demostraron la existencia de una luxación L3-L4, con fractura de L4 y obliteración del canal espinal.

Se colocó inmediatamente tracción halo-bifemoral consiguiéndose una casi completa reducción de la luxación.

A las 72 horas del accidente se realizó un abordaje posterior. Se practicó laminectomía con exposición completa del saco y raíces L3 y L4 bilaterales. Se completó la reducción mediante instrumentación pedicular y artrodesis L2-L5.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

El control RX permanece invariable 2 años después y la paciente está asintomática.

DISCUSIÓN

En este caso creemos que el mecanismo es por hiperflexión pura sobre el cinturón. La tracción halo-bifemoral se puede colocar de forma inmediata por el personal de urgencias facilitando la reducción y evitando grandes maniobras intraoperatorias. Se decidió realizar una artrodesis larga por la existencia de la fractura de L4 y por la inestabilidad de la lesión.

ALTERACIÓN INTERMITENTE DE LA MARCHA EN RELACIÓN CON QUISTE ARACNOIDEO TORACO-LUMBAR

Primer Autor: Hidalgo Ovejero, Ángel

Centro de Trabajo: Hospital Virgen del Camino y Clínica Ubarmin, Pamplona

Resto de Autores: Martínez de Morentín Garraza, Javier; García Mata, Serafín; Maravi Petri, Elías; Izco Cabezón, Tomás.

Centro de Trabajo: Hospital Virgen del Camino y Clínica Ubarmin, Pamplona

INTRODUCCIÓN

Los quistes aracnoideos son consecuencia de la herniación de la aracnoides y LCR por un defecto dural. Aunque son frecuentes raramente producen compresión medular con repercusión clínica.

Se presenta un caso de quiste aracnoideo con compresión medular intermitente.

CASO CLÍNICO

Mujer de 47 años que consultó por dolor raquídeo difuso e imposibilidad de caminar por rigidez y temblor de las piernas.

A la exploración se apreció que los primeros pasos tras el decúbito eran normales, apareciendo después una marcha trémula y desequilibrada. Se detectaron los siguientes hallazgos patológicos:

- Hipertonia e hiperreflexia de extremidades inferiores. Reflejos rotulianos clonoides.
- Temblor rápido irregular con los movimientos de la pierna izquierda y en Mingazzini.

En los estudios iniciales se diagnosticó una hernia T10-T11 que se sospechó como causante de la clínica. Ante la duda diagnóstica se estudió mediante Mielo-TAC y RMN con Gadolinio que evidenciaron un gran quiste aracnoideo en T12.

Se realizó laminectomía T11-T12, extirpación del quiste y cierre dural, asociándose una artrodesis instrumentada T10-L1.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria con normalización de la marcha aunque persistiendo hiperreflexia y cierta espasticidad a los 2 años postoperatorios.

DISCUSIÓN

Este caso es didáctico por la clínica aparatosa y aparentemente incongruente. Además en los primeros estudios de imagen no se detectó la lesión, posiblemente debido a que en decúbito el quiste se vaciaba. Se trató inicialmente el quiste ya que parecía producir mayor efecto compresivo que la hernia discal, dejando para un segundo tiempo si hubiera sido necesario, el tratamiento de ésta.

BRUCELOSIS ARACNOIDEA DORSAL COMO CAUSA DE PARAPARESIA IMITANDO UN PROCESO TUMORAL INTRADURAL

Primer Autor: Fustero de Miguel, David

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Resto de Autores: Cortés Franco, Severiano, Lorente Muñoz, Asís; Orduna Martínez, Javier; Gómez Perún, Joaquín

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

INTRODUCCIÓN

La brucelosis es una zoonosis con una distribución endémica en países de la cuenca mediterránea. La neurobrucelosis aparece en la mayoría de las series recientes en menos del 5% de los casos. La forma de afectación de la médula espinal puede variar desde mielitis o aracnoiditis hasta compresión extrínseca por espondilitis.

MATERIALES Y MÉTODOS

Describimos el caso de un varón de mediana edad, marroquí, pastor en su juventud, cuyo motivo de consulta es una paraparesia progresiva de 9 meses de evolución. En la exploración mostraba una paraparesia espástica de predominio distal con nivel sensitivo D6 y dolor irradiado en dicha metámera. En las pruebas complementarias realizadas se hallaron como datos relevantes serologías positivas para brucella tanto en suero como en LCR, en el TC toracoabdominal se halló esplenomegalia y en la RM dorsal una lesión intradural D4-D8 con siringomielia por bloqueo, que fue inicialmente diagnosticada como posible glioma.

RESULTADOS

Las complicaciones neurológicas de la brucelosis son infrecuentes y dentro de ellas la afectación medular es rara, ésta puede ser debida a una mielitis (sobre todo en formas agudas) aracnoiditis (crónicas) o secundaria a una compresión extrínseca por espondilitis. La aracnoiditis como entidad asociada a paraparesia y brucelosis es rara en la literatura y existe poca experiencia en cuanto a su tratamiento. En este caso se procedió a realizar una descompresión quirúrgica con exéresis del engrosamiento aracnoideo, encontrando un cordón medular rechazado y comprimido, pero sin signos de otra patología. Tras la cirugía el paciente ha presentado una progresiva mejoría de su déficit motor, encontrándose en la actualidad capacitado para la deambulación.

CONCLUSIONES

La brucelosis es una zoonosis en regresión que debe ser considerada en zonas endémicas como causante de entidades clínicas muy variadas, entre ellas la neurobrucelosis. La afectación medular en la neurobrucelosis puede imitando un proceso tumoral. La opción quirúrgica debe ser contemplada como posible tratamiento de una aracnoiditis medular con efecto compresivo.

SCHWANNOMA SACRO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Primer Autor: Barrio Sanz, Patricia

Centro de Trabajo: Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Resto de Autores: Faour Martín, Omar; González Salvador, María; Morcillo Barrenechea, Diana; Díaz Díaz, Juan Jesús

Centro de Trabajo: Hospital Clínico Universitario de Valladolid

OBJETIVOS

Los schwannomas son los tumores nerviosos periféricos solitarios más frecuentes, raros en nervios centrales. Presentamos un raro caso de localización en una raíz espinal sacra.

MÉTODO

Mujer de 55 años que acude a consultas de traumatología por lumbociatalgia izquierda de 4 meses de evolución. Sin antecedentes de interés.

En la Rx se aprecia únicamente una vértebra transicional.

Ante la persistencia de los síntomas a pesar del tratamiento médico, se pide TAC lumbar, en el que se observa una leve discopatía L4/L5 izquierda, así como una masa a nivel del sacro.

En la RMN y el TAC abdomino-pélvico con contraste se ve una masa de 6x5x4'5 cm, que destruye los cuerpos de S2 y S3, hipointensa en T1 e hiperintensa en T2, que invade el canal raquídeo y se acompaña de masa presacra de tejidos blandos.

Los marcadores tumorales son normales, salvo una elevación de la enolasa neuroespecífica.

Ante estas pruebas, y con la sospecha preoperatoria de cordoma, se decide intervenir, realizándose laparotomía media (por parte de un cirujano general), pero el tumor es inabordable por esta vía, por lo que se procede a un abordaje posterior medio (lumbosacro), realizándose laminectomía L5-S4 y exéresis del tumor, que nacía del final del saco dural (S2) hasta S4-S5, rompiendo la cortical interna y prolapsando hacia la región presacra.

RESULTADOS

La biopsia revela un tumor de células de la vaina nerviosa, concretamente un schwannoma, positivo para CD-68 en algunas células y fuerte positividad para proteína S-100 en todas las células.

CONCLUSIONES

El Schwannoma, neurinoma o neurilemoma es un tumor constituido por células de Schwann, típico de la edad adulta.

Suelen ser solitarios (esporádicos), si bien pueden ser múltiples en el marco de una Neurofibromatosis tipo II o en las Schwannomatosis. En los dos primeros casos, los tumores predominan en extremidades superiores, sobre todo en los nervios mediano, cubital y radial. En la NF-2 no existe un predominio claro.

Son tumores excéntricos respecto al nervio, por lo que son fácilmente extirpables. Producen síndromes compresivos y déficit neurológico si están próximos a un desfiladero anatómico. No se ha descrito aún ningún caso de degeneración maligna, ni recidivas tras la exéresis quirúrgica.

CIFOPLASTIA CON BALÓN ASOCIADA A INSTRUMENTACIÓN PEDICULAR CORTA EN FRACTURA LUMBAR ESTALLIDO OSTEOPORÓTICA

Primer Autor: Laguna Berceo, Esther

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

Resto de Autores: Martínez Agüeros, José Ángel; Pérez Núñez, María Isabel; Villalba Vaquero, Máximo; González Mandly, Andrés; Ortiz Segura, Jesús

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

Opta a premios
de mejores
comunicaciones
pósteres

OBJETIVOS

Evaluar los resultados y la eficacia del tratamiento de las fracturas estallido osteoporóticas agudas mediante cifoplastia con PMMA asociada a instrumentación pedicular corta.

MÉTODOS

Se incluyen cinco pacientes (tres hombres, dos mujeres), edad media 73,8 años (60-81 años), que presentan fracturas estallido osteoporóticas agudas: cuatro casos en L1 y uno en L3. El mecanismo de lesión: caída de su propia altura (3), accidente de tráfico (1) y caída de altura (1). Todos sin lesión neurológica, salvo un paciente con déficit neurológico incompleto.

Se realiza cifoplastia con balón de la vértebra fracturada por vía transpedicular bilateral asociada a instrumentación pedicular corta, salvo un caso: reducción-artrodesis con tornillos cementados, incluyendo la vértebra fracturada, y posterior cifoplastia extrapedicular. En todos los casos se empleó injerto autólogo de cresta ilíaca.

Se realiza estudio radiológico (preoperatorio, al mes, 3 meses y al año) y TAC (preoperatorio y al año). Se estudian: índice sagital de Farcy, la altura del cuerpo vertebral y la invasión de canal.

RESULTADOS

El seguimiento mínimo fue de 10 meses (10-24 meses).

No hubo lesiones neurológicas y el paciente que la presentaba previamente experimentó una recuperación neurológica completa.

Las radiografías pre y postoperatorias así como el TAC preoperatorio y al año de evolución mostraron una buena reducción de la fractura y una buena distribución del cemento. El índice sagital de Farcy mejoró de manera significativa y se recuperó la altura del cuerpo vertebral. También mejoró de manera parcial la invasión del canal raquídeo. No hubo fugas de cemento. No existen fallos con la instrumentación o pérdidas de reducción salvo un caso con "pull-out" de los tornillos proximales y pérdida parcial de la corrección (a este paciente se le había realizado una descompresión posterolateral y era portador de una osteoporosis severa).

CONCLUSIONES

El fracaso de soporte de la columna anterior en instrumentaciones pediculares cortas puede llevar a la pérdida de corrección y fallos de la instrumentación. Esto se puede evitar asociando a este tipo de instrumentaciones cifoplastia de la vértebra fracturada, que consigue una reducción excelente inmediata y restauración de la altura del cuerpo vertebral, que además se mantiene en el tiempo.

PRÓTESIS DISCAL CERVICAL

Primer Autor: Faour Martín, Omar

Centro de Trabajo: Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Resto de Autores: Barrio Sanz, Patricia; Noriega González, David César; Noriega Trueba, Juan José; Ardura Aragón, Francisco

Centro de Trabajo: Hospital Clínico Universitario de Valladolid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La reconstrucción de un nivel cervical patológico mediante artroplastia total discal cervical, no sólo permitiría obtener los beneficios clínicos que la artrodesis aporta, sino que además, protegería a los niveles adyacentes del estrés asociado mediante la preservación de la biomecánica de la columna vertebral. Tenemos como objetivo presentar nuestra experiencia clínica al respecto.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio clínico consiste en un grupo de catorce pacientes intervenidos de prótesis de disco cervical de última generación, en los tres primeros meses de 2007. En el análisis estadístico, hemos incluido los valores de la Escala Analógica Visual preoperatoria y postoperatoria a los 3,6 y 12 meses y de la escala Oswestry, así como el grado de lordosis C3-C7 y lordosis del segmento intervenido en el preoperatorio y postoperatorio, la movilidad protésica, su desviación respecto a la ubicación ideal, la altura discal obtenida así como el control de la posición de los implantes.

RESULTADOS

Todos los pacientes experimentaron mejoría en la Escala Analógica Visual y en la Escala Oswestry. Se registró un incremento en la lordosis cervical con un valor medio de 10 grados en el segmento intervenido y de 16 grados entre los niveles C3-C7. Todas las prótesis son móviles en el momento del seguimiento con un rango de movilidad medio de 10 grados, y con una desviación, respecto a su colocación ideal, de 1 mm de media.

CONCLUSIONES

En relación a la serie presentada, podemos concluir que la prótesis de disco cervical de última generación permite obtener unos resultados clínicos a corto plazo al menos iguales a los que ofrece el gold standard (fusión vertebral). En lo que respecta a la problemática sobre la preservación de la función móvil de los implantes, vemos como en nuestro estudio son claramente móviles en el seguimiento. Por otro lado, el diseño anatómico de los platillos y polietileno, por sus características mecánicas, favorece la absorción de impactos así como la colocación correcta de la prótesis, lo cual favorece la consecución de unos resultados clínicos satisfactorios así como el mantenimiento de los mismos en el tiempo.

OSTEOCONDROMA SACRO EN EL CONTEXTO DE UNA OSTEOCONDROMATOSIS MÚLTIPLE HEREDITARIA

Primer Autor: Barrio Sanz, Patricia

Centro de Trabajo: Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Resto de Autores: Faour Martín, Omar; León Andrino, Alejandro; Pérez Pastor, Cristina; García Florez, Luis

Centro de Trabajo: Hospital Clínico Universitario de Valladolid

OBJETIVOS

El osteocondroma es la lesión ósea benigna más frecuente (40-45% de los tumores óseos benignos), pero sólo un 3% afecta al raquis. Presentamos un caso de osteocondroma sacro en un paciente con osteocondromas en otras localizaciones.

MÉTODO

Varón de 39 años que acude a consultas de traumatología tras sufrir un episodio de lumbalgia aguda, por el que se realizó Rx, apreciándose una probable lesión blástica L5/S1 izquierda. Antecedentes de osteocondromas en fémur distal y tibia proximal derechos. A la exploración presenta lumbalgia no irradiada. Los análisis de laboratorio son normales. En la RMN se observa una tumoración paraespinal izquierda, desde L4 hasta S1, heterogénea, mal delimitada, que se introduce por el agujero de conjunción S1 izquierdo, desplazando y comprimiendo a la raíz S1, compatible con una lesión benigna tipo osteocondroma, de gran tamaño. La TAC muestra una imagen ósea en ala sacra izquierda, que invade músculo. En la Gammagrafía con Tc99 se aprecia hipercaptación en articulación sacroilíaca izquierda y tercio inferior de musculo derecho, compatible con lesiones óseas en dichas localizaciones. Se decide intervenir quirúrgicamente, hallándose un osteocondroma de gran tamaño (L4-S2), que se introduce por el agujero de conjunción L5/S1 izquierdo.

RESULTADOS

La biopsia revela la presencia de nidos de trabéculas óseas con médula ósea, revestidos por cartilago hialino maduro, con una membrana externa de tejido fibroso. Diagnóstico de osteocondroma lumbosacro.

CONCLUSIONES

La osteocondromatosis múltiple hereditaria es una enfermedad de herencia autosómica dominante, más frecuente en varones, que aparece en la 2^a-3^a décadas de la vida. Consiste en la formación de múltiples osteocondromas, de las mismas características que los esporádicos, y afecta a la metáfisis de huesos largos, principalmente rodilla y húmero proximal, pero también cadera y tobillo. Menos frecuentemente afecta a huesos planos, y muy raramente al raquis. Cuando lo hace, se sitúa en el arco posterior.

La transformación maligna en condrosarcoma es muy rara, sobre todo en el raquis (menos del 1% en lesiones solitarias y 5-15% en la osteocondromatosis hereditaria).

Suele ser asintomático pero a veces produce compresión de estructuras adyacentes (clínica neurológica, en los osteocondromas de raquis). Si es voluminoso, puede producir tumefacción subcutánea.

La exéresis quirúrgica está indicada ante la sospecha de degeneración condrosarcomatosa, o cuando existan síntomas compresivos.

COMUNICACIONES PÓSTERES ELECTRÓNICOS

ÍNDICE COMUNICACIONES PÓSTERES ELECTRÓNICOS

CASO CLÍNICO: SÍNDROME MENÍNGEO Y SÍNDROME DE COLA DE CABALLO- CIRUGÍA LUMBAR POR HERNIA DISCAL-HEMATOMA SUBARACNOIDEO	130
ADHERENCIA CELULAR A DIVERSOS CEMENTOS ORTOPÉDICOS EMPLEABLES EN REFUERZO VERTEBRAL	131
NOTA TÉCNICA: LUXACIÓN UNIFACETARIA CERVICAL CON RADICULOPATÍA; VÍA POSTERIOR Y FIJACIÓN UNILATERAL	132
EMBOLISMO PULMONAR DE POLIMERO DE METACRILATO EN INSTRUMENTACIÓN VERTEBRAL CON TORNILLOS CEMENTADOS	133
LUMBALGIA ATÍPICA EN ADULTO JOVEN: HISTIOCITOSIS DE LANGERHANS	134
INFECCIÓN VERTEBRAL POR VÍA HEMATÓGENA EN ZONA PREVIAMENTE ARTRODESADA MEDIANTE INSTRUMENTACIÓN: A PROPÓSITO DE 2 CASOS	135
COMPLIANCE VERTEBRAL. SU UTILIDAD EN EL DIAGNÓSTICO/TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS VERTEBRALES AGUDAS	136
ESPONDILOLISIS DE LA SEGUNDA VÉRTEBRA CERVICAL	137
PRIAPISMO EN RELACIÓN CON ESTENOSIS DE CANAL LUMBAR	138
RESULTADOS A CORTO PLAZO CON LA PRÓTESIS CERVICAL PRESTIGE ST: ESTUDIO RETROSPECTIVO	139

CASO CLÍNICO: SÍNDROME MENÍNGEO Y SÍNDROME DE COLA DE CABALLO-CIRUGÍA LUMBAR POR HERNIA DISCAL-HEMATOMA SUBARACNOIDEO

Primer Autor: Molina Ros, Antonio

Centro de Trabajo: Hospital del Mar, IMAS, Barcelona

Resto de Autores: Abad Satorres, Rosa; García de Frutos, Ana; Llado Blanch, Andreu; Ramírez Valencia, Manuel; Saló Bru, Guillem; Cáceres Palou, Enric

Centro de Trabajo: Hospital del Mar, IMAS, Barcelona

Opta a premios de mejores comunicaciones pósteres

OBJETIVO

Presentar la asociación de un síndrome meníngeo y un síndrome de cola de caballo producido por un hematoma subaracnoideo formado después de lesión del saco dural en una cirugía raquídea lumbar por hernia discal.

SUMARIO

La primera descripción de hematoma subaracnoideo que afecte al cono neural es extremadamente rara. La primera descripción aparece en el año 1983. La asociación de un síndrome irritativo meníngeo y un síndrome compresivo de la cola de caballo después de una cirugía raquídea lumbar es poco frecuente. Esta entidad anatomopatológica afecta al sistema neurológico central por irritación y al periférico por compresión. Es de evolución incierta. Ambas entidades por separado pueden producir graves secuelas neurológicas. No hemos encontrado referencias en la literatura que describan la unión de ambas después de una cirugía raquídea lumbar por hernia discal.

MÉTODO

Revisión retrospectiva de la evolución clínica y de las imágenes de resonancia nuclear magnética.

RESULTADO

Paciente de 42 años sometido a cirugía por hernia discal L5 S1. Intraoperatoriamente, se constata lesión del saco dural que se repara. Veinticuatro horas después desarrolla progresivamente y a la vez cuadro clínico de estupor con irritación meníngeo y síndrome compresivo de cola de caballo. Se coloca pauta de tratamiento con corticoides de inmediato. La resonancia nuclear magnética realizada muestra un hematoma subaracnoideo situado desde L5 hasta T12. Remisión progresiva y oscilante con recuperación completa de la sintomatología con tratamiento con corticoides.

CONCLUSIÓN

Presentamos un caso de hematoma subaracnoideo después de cirugía lumbar que produce un síndrome de irritación meníngeo y síndrome compresivo de cola de caballo. Este caso muestra la potencial morbilidad vascular asociada a lesiones del saco dural en la cirugía lumbar por hernia de disco.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rusel NA, Benoit BG. Spinal subdural hematoma A review . Surg. Neurol. 1983;20:133-7.
2. Plotkin HB, Ronthal M, Froman C (1966) Spontaneous spinal subarachnoid hemorrhage: report of 3 cases. J. Neurosurg 25: 443-446
3. Shimada Y, Sato K, Abe E, Miyakoshi N, Tsutsumi Y Spinal subdural hematome. Skeletal Radiol 1996 Jul;25(5):477-80

ADHERENCIA CELULAR A DIVERSOS CEMENTOS ORTOPÉDICOS EMPLEABLES EN REFUERZO VERTEBRAL

Primer Autor: Díez Ulloa, Máximo Alberto

Centro de Trabajo: Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela

Resto de Autores: Balsa Otero, José Luis¹; Sanchidrian Chapinal², M.^a Angeles; Pino Minguez, Jesús²

Centros de Trabajo: ¹Instituto Ortopedia Universitario Santiago; ²Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

OBJETIVO

Estudio de la adherencia de osteoblastos a diversas superficies de cementos empleados en cirugía ortopédica.

MÉTODO

Preparación de cementos según instrucciones del fabricante en condiciones análogas al quirófano, polimerización completa y cultivo de osteoblastos de la línea SaOS en alícuotas idénticas, en placas de 24 pocillos en condiciones estándar para cultivo de osteoblastos. Cultivo durante 48 horas y estudio con microscopía electrónica de barrido de las superficies. Muestras por triplicado.

Se comparan 5 grupos: fosfato tricálcico granulado (FTC), 3 preparados comerciales a base de fosfato álcico (“cementos biológicos”) que denominaremos A, B y C y PMMA de diseño para refuerzo vertebral. Los productos A y B refieren como contraindicación para su uso “defectos que sean mecánicamente inestables”. Se establece como control positivo una esquirola ósea de bovino.

RESULTADOS

El preparado A y el FTC muestran abundante celularidad con producción de matriz extracelular. El preparado B muestra una celularidad quizá menor, con producción de matriz. El preparado C no tiene apenas células y muestra deposición de cristales salinos, con una geometría espacial muy similar al preparado A y al fosfato tricálcico granulado. El PMMA muestra la menor celularidad y formación de matriz.

CONCLUSIONES

El PMMA no aparece como buen entorno para el desarrollo de osteoblastos SaOS; los preparados A y B, así como el FTC son buenos candidatos para su colonización; el preparado C muestra buena estructura espacial, pero a nivel de cultivo celular en las condiciones descritas no es fácilmente colonizado por células*.

* Probablemente en un entorno de lavado pre-cultivo se solucione este problema (similar al flujo sanguíneo in vivo), este experimento se encuentra actualmente en fase de realización.

NOTA TÉCNICA: LUXACIÓN UNIFACETARIA CERVICAL CON RADICULOPATÍA; VÍA POSTERIOR Y FIJACIÓN UNILATERAL

Primer Autor: Díez Ulloa, Máximo Alberto

Centro de Trabajo: Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Resto de Autores: Sanchidrián Chapinal, M.^a Ángeles; Pino Minguez, Jesús

Centro de Trabajo: Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

OBJETIVO

Serie de cuatro pacientes con luxación unifacetaria engatillada o con fractura de la carilla inferior de la vértebra superior con clínica radicular. Fijación unilateral.

MÉTODO

Tras estudio RM para valoración del disco a nivel del segmento luxado, cirugía por vía posterior, en dos casos con disección bilateral y otros dos unilateral, fresado de la carilla superior de la vértebra inferior, reducción/extirpación (si fractura) de la carilla inferior de la vértebra superior, fijación con dos tornillos a masa lateral (C5-C6) o a masa lateral y pedículo (C6-C7), artodesis con fresado láminas de motor de alta velocidad e injerto autólogo. No ortesis postoperatoria.

RESULTADOS

En los cuatro casos se resolvió la radiculopatía y los pacientes se encuentran asintomáticos, el seguimiento es mayor de 1 año en tres casos y de 8 meses en el cuarto.

CONCLUSIÓN

La reducción posterior y osteosíntesis con tornillos a masas laterales, incluso unilateralmente, es una buena opción para el tratamiento de luxaciones unifacetarias, especialmente en presencia de radiculopatía ipsilateral, si el disco no aparece dañado en RM.

EMBOLISMO PULMONAR DE POLIMERO DE METACRILATO EN INSTRUMENTACIÓN VERTEBRAL CON TORNILLOS CEMENTADOS

Primer Autor: Rovira Gutiérrez, Manuel

Centro de Trabajo: Hospital Juan Ramón Jiménez, Sevilla

Resto de Autores: Rodríguez Solera, Miguel; Botello Pérez, Anselmo; López-Puerta González, José María

Centro de Trabajo: Hospital Juan Ramón Jiménez, Sevilla

INTRODUCCIÓN

Expondremos un caso de una paciente que sufrió una fractura vertebral osteoporótica en la charnela lumbosacra y a la que colocamos una instrumentación vertebral con tornillos pediculares en las 2 vértebras adyacentes y en la propia vértebra fracturada.

A los tres meses, la paciente acudió a urgencias con dolor intenso y protrusión en la piel del material de osteosíntesis, confirmándose en el estudio radiográfico la sospecha inicial, esto es, el colapso de la fractura y la migración del sistema de instrumentación.

Se decidió el recambio de la instrumentación colocando tornillos cementados tanto en la vértebra fracturada como en los dos niveles superiores e inferiores con buenos resultados.

En el control radiológico apreciamos múltiples embolos de cemento en ambos pulmones que confirmamos mediante TAC.

La paciente está asintomática.

LUMBALGIA ATÍPICA EN ADULTO JOVEN: HISTIOCITOSIS DE LANGERHANS

Primer Autor: Izal Miranda, David

Centro de Trabajo: Hospital Txagorritxu, Vitoria

Resto de Autores: Zaldua Unanue, Miguel Ángel; Molano Muñoz, Jorge; Tarabini Castellani, Paola; Sanado Lampreave, Luis Ángel

Centro de Trabajo: Hospital Txagorritxu, Vitoria

INTRODUCCIÓN

La Histiocitosis de Langerhans es una enfermedad rara de etiología desconocida cuya manifestación más frecuente es la presencia de lesiones óseas focales denominadas granulomas eosinófilos. Habitualmente se presenta en forma de dolor, tumefacción, fiebre o fracturas patológicas. La afectación vertebral se describe el 8% de los casos.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente de 29 años que refería lumbalgia de tipo mecánico, no irradiada a extremidades inferiores y fiebre.

Se realizó una RM que determinó la existencia de lesiones óseas múltiples a nivel de ala sacra derecha y cuerpos vertebrales lumbares, siendo la afectación más importante a nivel del cuerpo de L5.

Tras biopsiar la lesión de L5, el estudio inmunohistoquímico demostró positividad para proteína S100 y CD1a, lo que llevó al diagnóstico de Histiocitosis de Langerhans.

DISCUSIÓN

La Histiocitosis de Langerhans afecta fundamentalmente a niños y adultos jóvenes. Es más frecuente la presentación en forma de lesión única (monostótica) que la presencia de lesiones múltiples (poliostótica). Cuando se afecta la columna es más frecuente en los cuerpos vertebrales a nivel lumbar, en cuyo caso puede debutar en forma de cialgia si existe masa de partes blandas asociada con compresión radicular.

El diagnóstico se realiza necesariamente mediante confirmación histológica basada fundamentalmente en el estudio inmunohistoquímico.

Debido a la falta de evidencias, no existe un tratamiento aceptado universalmente. Habrá que tener en cuenta la afectación mono o poliostótica, el riesgo de fractura, la afectación sistémica y el compromiso neurológico entre otros. En lesiones únicas persistentes está indicada la radioterapia, mientras que en casos de enfermedad diseminada, la quimioterapia con Vinblastina, Prednisolona y Etoposido consigue remisiones en el 25% de los casos.

CONCLUSIÓN

La Histiocitosis de Langerhans con afectación de la columna es una entidad muy poco frecuente que se caracteriza principalmente por dolor. Ante un paciente joven con dolor lumbar y lesiones radiológicas hay que considerar la posibilidad de un granuloma eosinófilo.

INFECCIÓN VERTEBRAL POR VÍA HEMATÓGENA EN ZONA PREVIAMENTE ARTRODESADA MEDIANTE INSTRUMENTACIÓN: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Primer Autor: Monegal Ávila, Alejandro

Centro de Trabajo: USP Institut Universitari Dexeus, Barcelona

Resto de Autores: Ubierna Garcés, M.^a Teresa; García de Frutos, Ana; Saló Bru, Guillem; Caceres Palou, Enric

Centro de Trabajo: USP Institut Universitari Dexeus, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La infección vertebral hematógena en zona previamente instrumentada, con un intervalo dilatado de tiempo, es poco frecuente. Presentamos 2 casos clínicos:

CASO 1

Paciente mujer de 63 años de edad intervenida en 1999 por estenosis segmentaria L4-L5 mediante artrodesis L3-L5. Seis años después inicia cuadro de intenso dolor lumbar. Se practican exploraciones complementarias llegando al diagnóstico de espondilodiscitis. Tras realizar tratamiento antibiótico sin resolver el cuadro, se practica revisión por doble abordaje con desbridamiento de discitis y colocación de aloinjerto estructural, rmo e instrumentación L1-L5. La evolución es favorable y la paciente permanece asintomática.

CASO 2

Mujer de 57 años con antecedentes de artritis reumatoide, SD DE SJOGREN, HT, artrodesis lumbar L3-S1 que, en el contexto de cuadro séptico inicia cuadro de dolor lumbar intenso que la llega a limitar para la deambulacion. Sin clínica NRL asociada. Una vez realizadas las exploraciones complementarias (RNM, TAC, gammagrafía, GA-67, controles analíticos...), es diagnosticada de espondilodiscitis bifocal L3-L3 y L5-S1. Se practica abordaje anterior con aporte biológico. Los cultivos son positivos para st.hominis. Tras tratamiento antibiótico la evolución es favorable y los síntomas remiten de forma progresiva.

COMPLIANCE VERTEBRAL. SU UTILIDAD EN EL DIAGNÓSTICO/TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS VERTEBRALES AGUDAS

Primer Autor: Martínez Quiñones, José Vicente

Centro de Trabajo: Hospital MAZ, Zaragoza

Resto de Autores: Aso Escario, José; Arregui Calvo, Ricardo

Centro de Trabajo: Hospital MAZ, Zaragoza

INTRODUCCIÓN

Desde un punto de vista fisiológico, la compliance es una medida de la tendencia que tiene un órgano a resistir la recuperación de su tamaño previo tras el cese de una fuerza de distensión o compresión. Se calcula mediante la fórmula $C=\Delta V/\Delta P$ donde ΔV es el cambio de volumen y ΔP es el cambio de presión.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha analizado la resistencia trabecular a la distensión volumétrica en pacientes con fracturas vertebrales tipo A (clasificación de Magerl). Para ello se ha realizado un estudio de las curvas de presión/volumen midiendo: 1. La presión alcanzada tras la administración de una cantidad constante de volumen (1 cc); 2. La presión residual; 3. El punto de ruptura (momento de la caída de presión). Análisis de las gráficas de volumen/presión y definición de patrones de comportamiento.

RESULTADOS

Se han apreciado fundamentalmente dos patrones de comportamiento: a) aquellos que ofrecen un incremento progresivo de la resistencia a los incrementos progresivos de volumen, con un punto de ruptura tardío, y b) aquellos con un incremento pobre de la resistencia a los progresivos incrementos de volumen, y con un punto de ruptura precoz.

DISCUSIÓN

Desde el año 2002 venimos utilizando en nuestro centro hospitalario la técnica de la cifoplastia para el tratamiento de las fracturas vertebrales dorso-lumbares agudas. Apreciamos una mayor resistencia al remodelado trabecular cuando se utilizaba el procedimiento fuera de la fase aguda fracturaria. Es más, incluso en la fase aguda, existía un distinto comportamiento de la resistencia trabecular estableciéndose dos patrones de comportamiento. Así en el patrón "tipo a" utilizaríamos los cementos con fosfato tricálcico, y en el patrón "tipo b" los de PMM. En estos últimos se estudió además una posible osteoporosis larvada.

CONCLUSIONES

La técnica de la cifoplastia no solo permite remodelar/reforzar una vértebra fracturada, sino valorar la resistencia trabecular a la distensión del balón. Una escasa resistencia orientaría hacia un comportamiento osteoporótico de la vértebra, por lo que no sería adecuado el uso de fosfatos tricálcicos como elementos de refuerzo vertebral. La cifoplastia aventaja a otros procedimientos de refuerzo vertebral, al permitir la medida de la compliance vertebral.

ESPONDILOLISIS DE LA SEGUNDA VÉRTEBRA CERVICAL

Primer Autor: Batalla Gurrea, Lledo

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

Resto de Autores: Reynier Gómez, Mariano¹; Amat Mateu, Carles²; Hernández Fernández, Alberto²; Casamitjana Ferrándiz, José²; Villanueva Leal, Carlos²

Centros de Trabajo: ¹Hospital Centro Gallego de Buenos Aires, Argentina; ²Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Espondilólisis, o la ausencia de la pars pedicular, es una entidad rara de la parte alta de la columna cervical, siendo más frecuente en la parte baja del segmento (C6-C7). Los casos anteriormente descritos fueron, principalmente, jóvenes antes de la maduración esquelética. La etiología es aun desconocida.

CASO CLÍNICO

El defecto bilateral del pedículo de la segunda vértebra cervical se observó en dos pacientes de 50 y 16 años de edad respectivamente. En ambos pacientes, el diagnóstico radiológico fue accidental.

Los pacientes son padre e hija, el primero es un empleado de comercio y la última es una nadadora profesional.

El padre refería dolor cervical de más de diez años de evolución sin antecedente traumático. El examen radiológico evidenció ausencia bilateral de los pedículos de C2. Las pruebas radiológicas dinámicas no demostraron inestabilidad segmentaria en ese nivel. El paciente refirió mejoría clínica tras realizar tratamiento conservador (AINE, fisioterapia).

La hija presentaba cervicobraquialgia bilateral con predominio derecho, de cuatro años de evolución. El examen radiológico mostró el mismo defecto en los dos pedículos de C2. El examen dinámico fue irrelevante, sin ningún tipo de inestabilidad segmentaria. Esta paciente presentaba costillas cervicales bilaterales en C7. Los síntomas neurológicos se consideraron relacionados con esta anomalía. La paciente mejoró de la sintomatología neurológica después de realizar el tratamiento quirúrgico estándar para las costillas cervicales.

DISCUSIÓN

La incidencia de la espondilólisis cervical es muy baja. La mayoría de los casos descritos en la literatura son pacientes esqueléticamente inmaduros y diagnosticados de forma casual. El diagnóstico diferencial con fracturas es a menudo difícil. La tomografía axial computerizada es la mejor prueba diagnóstica en estos casos.

CONCLUSIONES

A nuestro entender éste es el primer caso de presentación familiar de esta entidad poco frecuente y podemos proponer una hipótesis acerca de un origen hereditario.

Por otro lado, en ninguno de nuestros casos se demuestra inestabilidad segmentaria radiológica ni clínica relacionados con el defecto, por lo que no se propuso una intervención quirúrgica. Probablemente, la cirugía debe considerarse sólo en los casos con evidencia de la inestabilidad segmentaria y/o síntomas clínicos claramente relacionados con el defecto anatómico.

PRIAPISMO EN RELACIÓN CON ESTENOSIS DE CANAL LUMBAR

Primer Autor: Hidalgo Ovejero, Ángel

Centro de Trabajo: Hospital Virgen del Camino y Clínica Ubarmin, Pamplona

Resto de Autores: García Mata, Serafín; Barberena Ayesa, Luis; Romero Campuzano, Raquel; Gil Arbiol, Martín.

Centros de Trabajo: Hospital Virgen del Camino y Clínica Ubarmin, Pamplona

INTRODUCCIÓN

La compresión de las raíces de la cauda equina puede producir una clínica abigarrada siendo típica la claudicación neurógena, y más raramente un verdadero Síndrome de Cauda Equina o una sintomatología de predominio genitourinario (incontinencia, impotencia), siendo excepcional la aparición de un priapismo acompañante a la claudicación. Con estos síntomas se han publicado menos de 30 casos (uno de ellos por estos mismos autores).

Se presenta el caso de un paciente con claudicación neurógena y priapismo producidos por una estenosis de canal, intentando explicar el mecanismo fisiopatogénico.

CASO CLÍNICO

Varón de 60 años de edad que acudió a consulta por dolor lumbar irradiado hacia extremidades inferiores de 1 año de evolución en relación con una marcha de 10 minutos. Simultáneamente al dolor le aparecían parestesias en las extremidades inferiores y en región genital y erección espontánea. Toda la sintomatología cedía con la flexión del tronco.

La exploración neurológica fue normal.

Los estudios de imagen demostraron la existencia de una estenosis de canal L3-L4, y L4-L5.

Se realizó descompresión y artrodesis instrumentada de los espacios afectos con la desaparición completa de la sintomatología. 2 años después el paciente continua asintomático.

DISCUSIÓN

Existen varias causas no claramente demostradas que produzcan la clínica, una de ellas consiste en una respuesta parasimpática en relación con la estimulación de las raíces sacras, mientras que otra posibilidad sería directa de las eferencias radicales parasimpáticas. La eliminación de la estenosis en todos los casos publicados ha hecho remitir los síntomas.

RESULTADOS A CORTO PLAZO CON LA PRÓTESIS CERVICAL PRESTIGE ST: ESTUDIO RETROSPECTIVO

Primer Autor: Sánchez Hernández, Natalia

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

Resto de Autores: Cebrián Rodríguez, Elisa; Tavares Sánchez-Monge, Fernando; Escudero Marco, Roberto; García Alonso, Manuel Fco.

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

INTRODUCCIÓN

La artroplastia cervical viene realizándose desde hace menos de una década para paliar los síntomas derivados de la enfermedad degenerativa cervical que puede manifestarse en forma de mielopatía o hernia discal aguda generalmente. El tratamiento tradicional de esta patología consiste en la discectomía y fusión cervical, ya sea mediante injerto óseo autólogo procedente de cresta iliaca o más recientemente, mediante implantes intersomáticos de tantalio u aleaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta un estudio retrospectivo de 15 pacientes recogidos durante un periodo de 2 años. Mediante una vía de abordaje anterior, se procede a la artroplastia cervical según la técnica reglada (modelo Prestige ST Medtronic Sofamor Danek).

Se realiza el primer control radiológico en las 24 primeras horas del postoperatorio inmediato, posteriormente se revisa clínica y radiológicamente al paciente al mes, a los 3 meses, 6 meses y anualmente. La evaluación radiológica se hace según método de Cobb aplicado al segmento C2-C7 y la unidad funcional segmentaria.

RESULTADOS

Un total de 18 prótesis han sido implantadas en 15 pacientes, 7 fueron hombres y 8 mujeres, con una edad media de 46,2 años.

El espacio discal sobre el que se practicó la mayor parte de las cirugías fue C5-6.

El tamaño de las prótesis tiene una altura variable entre 12, 14 y 16 mm.

No hubo complicaciones en intraoperatorias, ni en el postoperatorio inmediato.

Ningún paciente ha referido empeoramiento de la sintomatología.

Los resultados quirúrgicos globales fueron valorados siguiendo los criterios de Odom, que concluyen resultado bueno/excelente en el 93% de los casos.

De acuerdo con los datos obtenidos a través de la evaluación radiológica midiendo el ángulo de Cobb en las proyecciones laterales de las radiografías en flexo extensión, se concluye que la movilidad del grupo se preserva en el nivel tratado con una media de 4,03° al año de la cirugía.

CONCLUSIONES

La artroplastia discal cervical constituye un método adecuado para el tratamiento de los cuadros derivados de la enfermedad degenerativa cervical.

Buenos resultados postoperatorios en cuanto al control de la sintomatología y movilidad cervical, evitando al menos el empeoramiento de los mismos en el caso de nuestra experiencia.

NOTAS

NOTAS

NOTAS

NOTAS

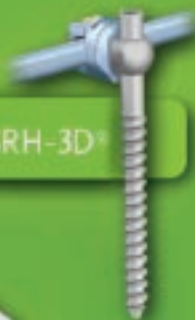
NOTAS

Medtronic Lidera la evolución de la Cirugía de Columna

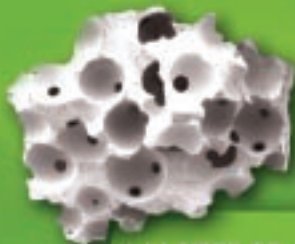
NANOSTIM™



TSRH-3D™



MASTERGRAFT™



PRESTIGE®



PRAXIS™



CD HORIZON LEGACY™



CIFOPLASTIA CON BALÓN



Medtronic

Aliviar el dolor · Devolver la salud · Alargar la vida