

CIFOSIS TORACOLUMBAR POST-LAMINECTOMÍA EN ACONDROPLÁSICO ESQUELÉTICAMENTE INMADURO

*Sánchez Mateos, Jorge; Ameztoy Gallego, Juan;
 Fernández-Baillo Gallego de la Sacristana, Nicomedes*

OBJETIVOS

Exponer el caso de un paciente acondroplásico con cifosis toracolumbar como secuela de una cirugía, y demostrar cómo se ha abordado el problema.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Acondroplásico de 19 años con antecedente de laminectomía descompresiva T11-L4 no instrumentada por estenosis de canal en 2012. En 2016 consulta por dolor lumbar con claudicación neurogénica de MID de 3 años de evolución y aumento progresivo de cifosis en charnela toracolumbar con hiperlordosis lumbosacra sin alteraciones en el plano coronal. Hiperreflexia de pateares y aquíleos sin déficit motor. Además, presenta vejiga neurogénica con necesidad de sondaje permanente.

- Telerradiografías: Cifosis T10-L2 108° (con fulcro 80°). Lordosis lumbar compensatoria 75°.
- TC: Falta de estructura ósea posterior secundaria a laminectomía amplia
- RMN: Estenosis de canal T11-L1 sin alteración de la señal medular. Compactamiento de raíces T12-L2.
- Estudio neurofisiológico: Lesión de grado medio vía piramidal bilateral MMII.

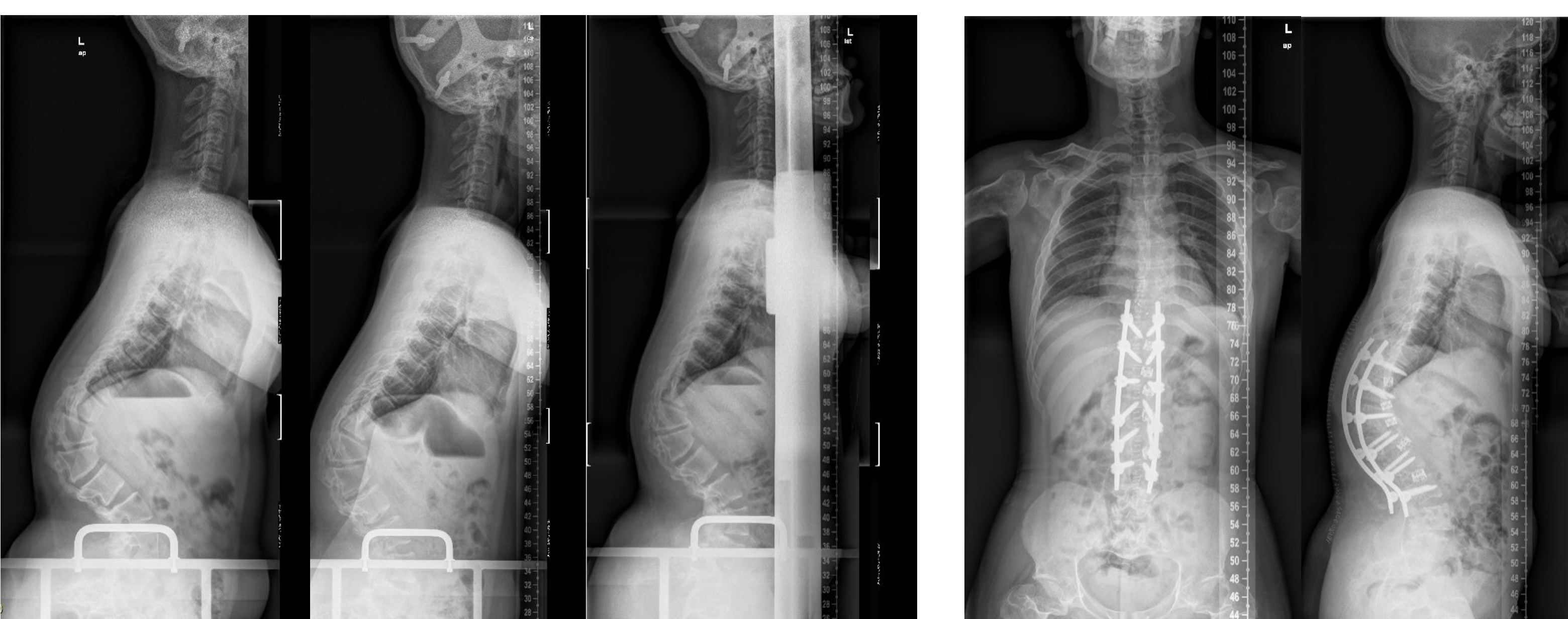


Telerc + TC cuando llega a nuestra consulta (2016)

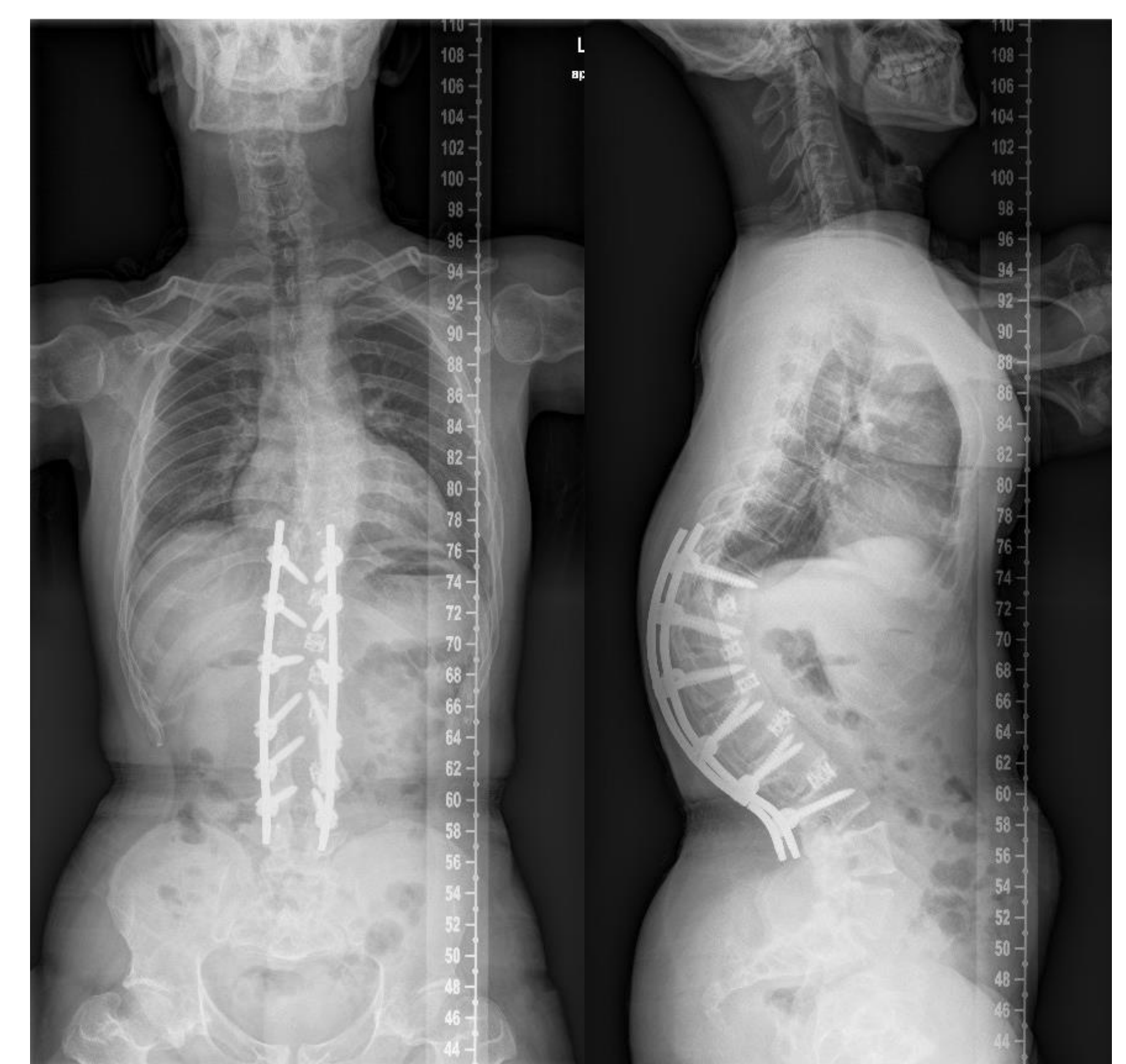
RESULTADOS

Halo de tracción preoperatorio y, en un primer tiempo, mediante toracofreno-lumbotomía izquierda se realiza liberación anterior resecando el ligamento vertebral común anterior y discectomía, seguida de artrodesis vertebral con mallas en los espacios T10-L3. En un segundo tiempo, artrodesis vertebral posterior T10-L3 instrumentada con osteotomías tipo 2.

A los 5 años hace vida normal, sin dolor y con control adecuado de esfínteres.



Evolución tras halo + postoperatorio inmediato (2016)



Rx 5 años postop (2021)

CONCLUSIONES

La estenosis de canal es frecuente en pacientes acondroplásicos, de los cuales, el 10-25% necesitan tratamiento quirúrgico mediante laminectomía descompresiva. Los acondroplásicos esqueléticamente inmaduros presentan un alto riesgo de desarrollar cifosis toracolumbar si no se realiza fusión concurrente cuando esta se realiza en al menos 5 niveles. Es importante tener en cuenta este riesgo porque es difícil de tratar y puede tener secuelas clínicas devastadoras, por lo que es preferible la prevención.

En nuestro paciente debemos abordar un problema mixto. Necesitamos corregir la cifosis toracolumbar hasta que, de manera indirecta, logremos descomprimir la médula, para lo cual se hacen necesarias osteotomías tipo 2. Y, asegurarnos la no progresión de la deformidad siendo en este caso fundamental lograr una buena masa de fusión. Dado el defecto óseo posterior postlaminectomía, se hace imprescindible también la artrodesis anterior. Y todo esto, manteniendo el perfil sagital característico de los acondroplásicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ain MC, Shirley ED, Pirouzmanesh A, Hariri A, Carson BS. Postlaminectomy kyphosis in the skeletally immature achondroplast. Spine (Phila Pa 1976). 2006;31(2):197-201.
2. Hall JG. The natural history of achondroplasia. Basic Life Sci. 1988;48:3-9.
3. Hunter AG, Bankier A, Rogers JG, Sillence D, Scott CI Jr. Medical complications of achondroplasia: a multicentre patient review. J Med Genet. 1998;35(9):705-712.
4. Hallan DR, Mrowczynski OD, McNutt S, Rizk E. Post-Laminectomy Kyphosis in Achondroplasia Patients: To Concurrently Fuse or Not. Cureus. 2020;12(5):e7966.
5. Baca KE, Abdullah MA, Ting BL, et al. Surgical decompression for lumbar stenosis in pediatric achondroplasia. J Pediatr Orthop. 2010;30(5):449-454.
6. Agabegi SS, Anteker DP, Crawford AH, Crone KR. Postlaminectomy kyphosis in an achondroplastic adolescent treated for spinal stenosis. Orthopedics. 2008;31(2):168.
7. Abousamra O, Shah SA, Heydemann JA, Kreitz TM, Rogers KJ, Ditro C, Mackenzie WG. Sagittal Spinopelvic Parameters in Children With Achondroplasia. Spine Deform. 2019 Jan;7(1):163-170.