

Deformidad sagital compleja. Reto quirúrgico.

Dra. M. Schuler, Dr. D. Cuadrado García, Dr. N. Barquero González, Dra. L. Fernández Martín, Dr. J.M. Madruga Sanz.
Complejo Hospitalario de Toledo.

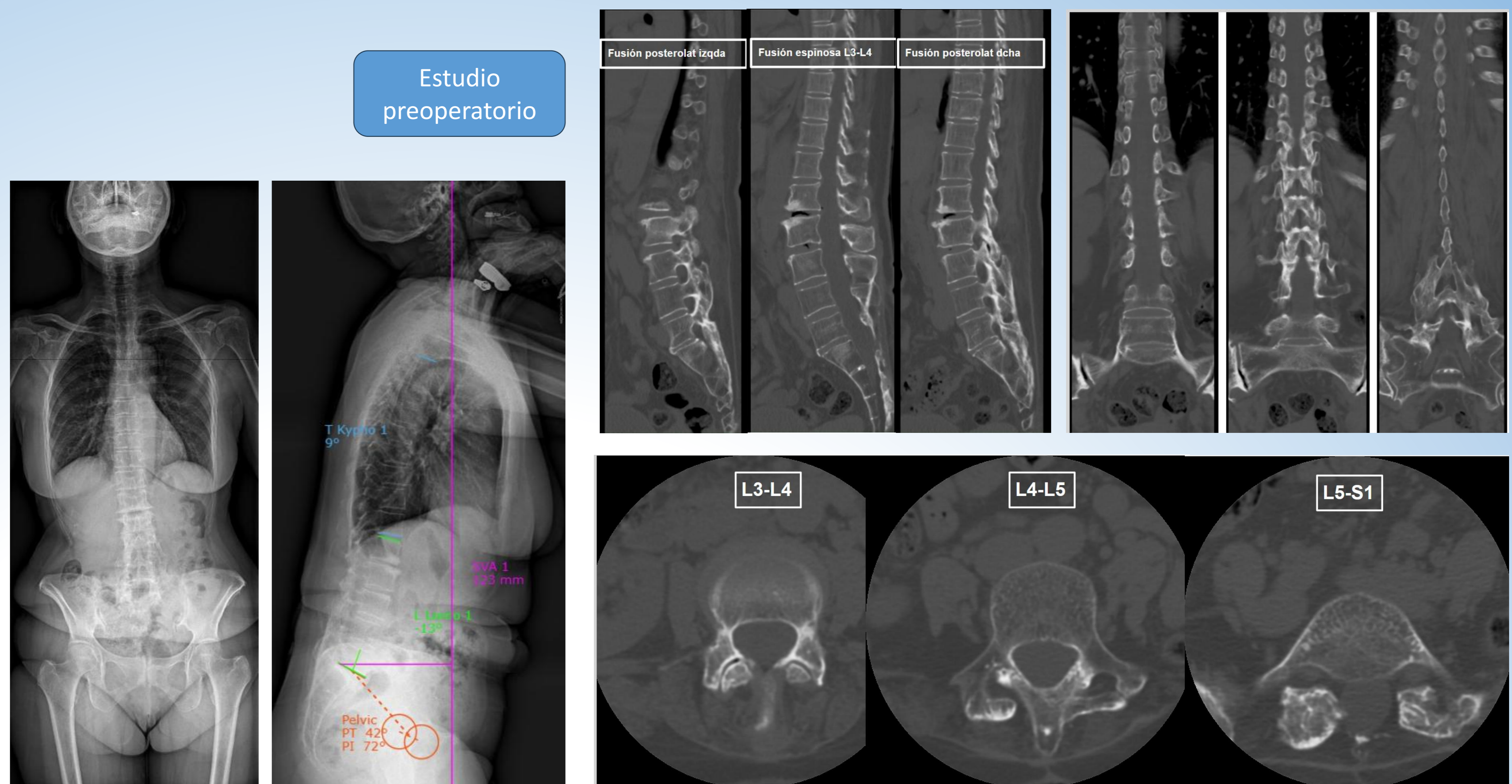
Presentamos el caso de una paciente con desequilibrio sagital vertebral complejo y la cirugía de corrección que se realizó en nuestro centro.

Material y metodología:

Mujer de 66 años, sin antecedentes patológicos relevantes. La paciente fue operada de hernia discal hace 45 años, en otro centro, realizándose artrodesis L4-S1 con injerto de cresta. La paciente consulta por dolor lumbar que no cede con analgesia 3er escalón OMS y claudicación de la marcha, precisando de andador para poder caminar. Se completa su estudio mediante radiografías dinámicas, telerradiografía, TC y RM.

Resultados:

Desequilibrio sagital descompensado: Lordosis lumbar(LL) 15°, Cifosis torácica 9°, SVA 12,3 cm, Pelvic Tilt(PT) 42°, Incidencia pélvica(PI) 63°, pendiente sacra(SS) 21°. Rigidez en las Rx dinámicas. El TC muestra masa de artrodesis L4-S1. RM no muestra compresión medular ni radicular.



Se plantea la intervención quirúrgica de la deformidad para restablecer el equilibrio sagital(plomada +/-5cm), reducir la inclinación pélvica y restaurar la lordosis (LL= PI +/-9). Debido a la rigidez de la deformidad la paciente precisa de osteotomía para completar la corrección.

Objetivos de corrección: LL: 63°-81°, SVA < 5cm, PT < 20°. Tras los hallazgos del TC se decide vía abordaje posterior, desestimando la vía anterior por bloque de fusión interlaminar posterior. Al objetivar fracaso de los discos L1-L2 y L2-L3, precisa de cirugía de soporte anterior para evitar el posible fracaso mecánico en estos segmentos.

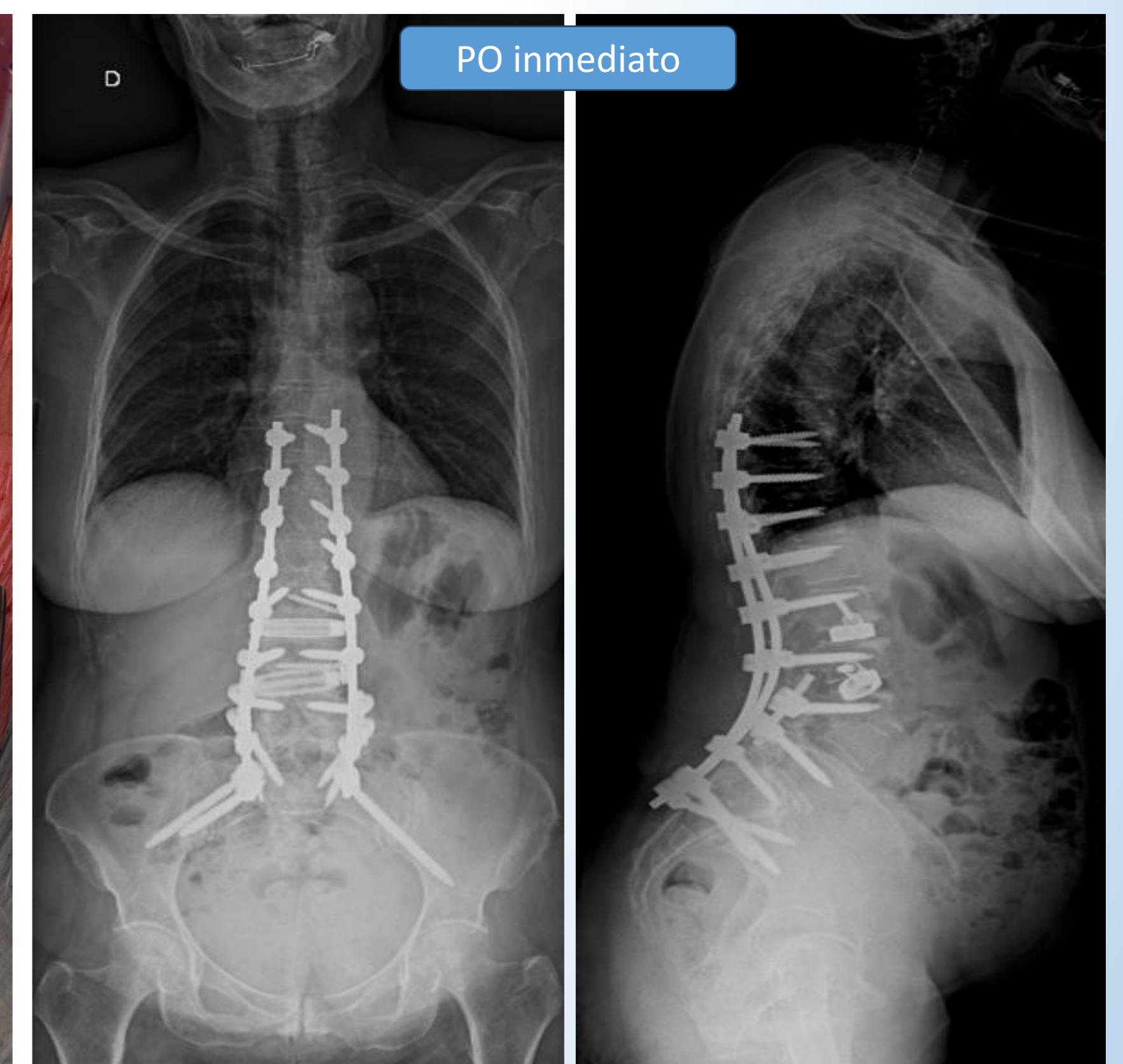
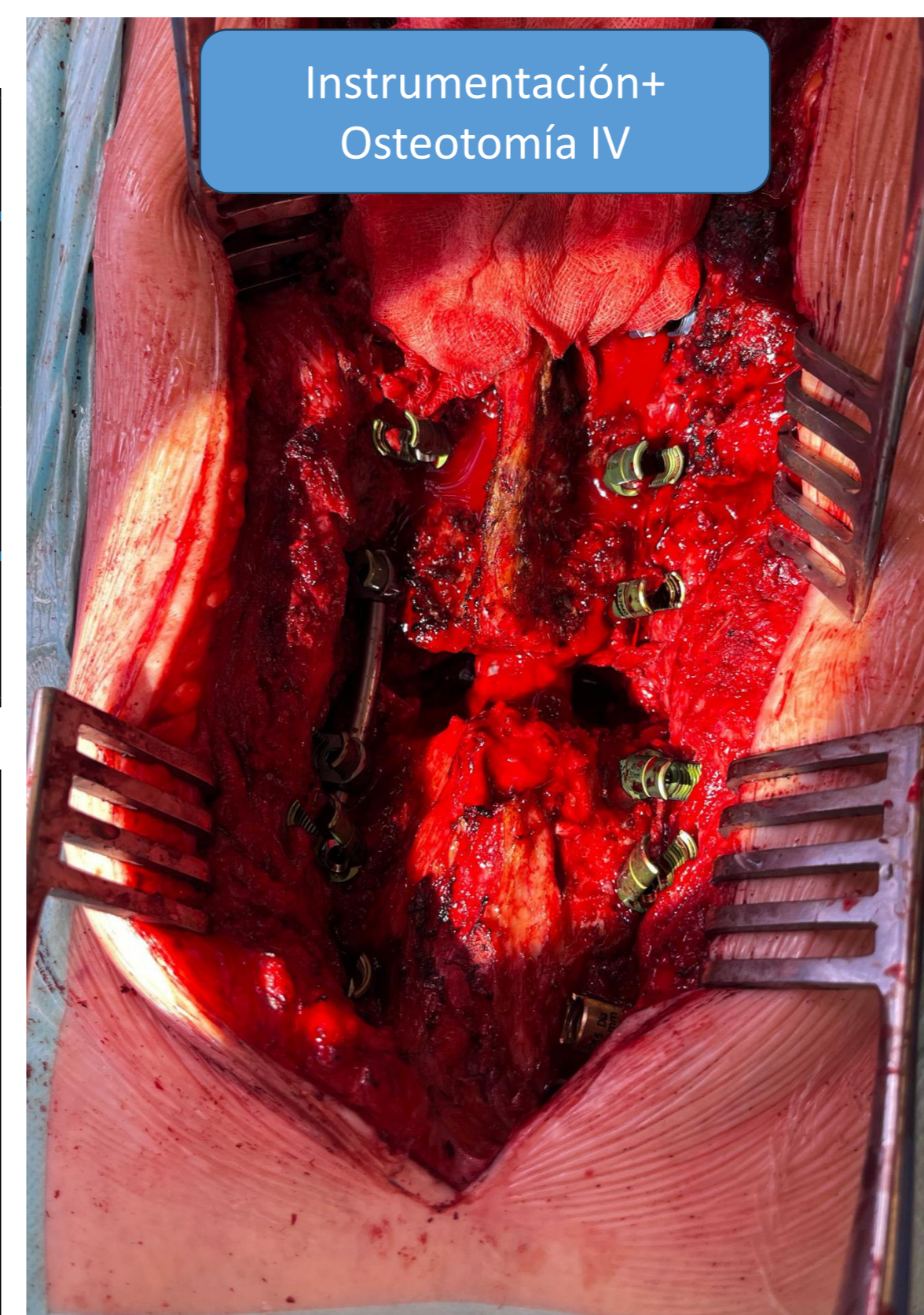
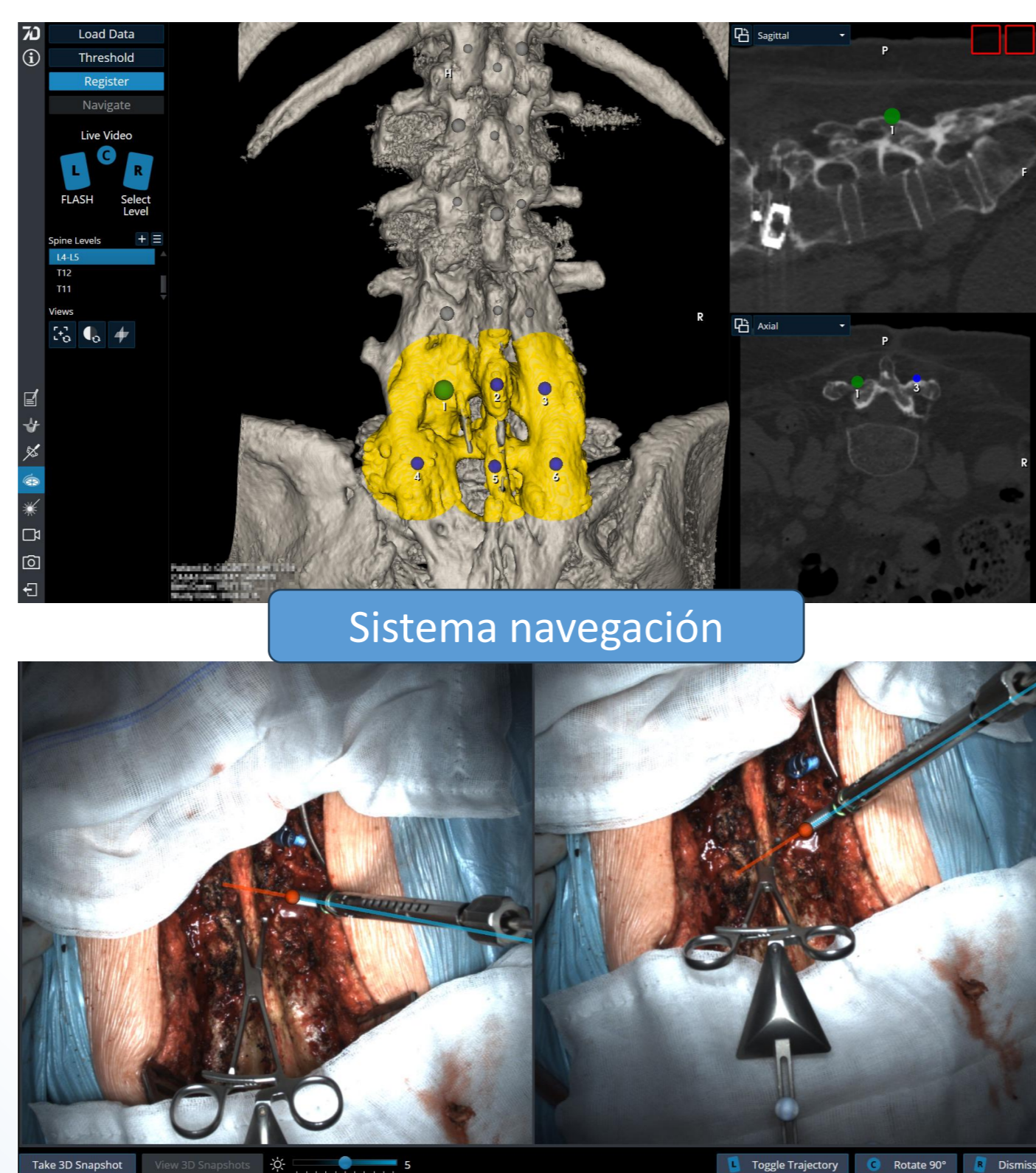
Se realiza la cirugía en dos tiempos:

1º XLIF L1-L3.

A la semana, se realiza el segundo tiempo:

2º instrumentación T9 a pelvis + osteotomía correctora tipo IV

Schwab en L4 mediante sistema de navegación para los niveles L4-S1. Las dos IQ se realizaron bajo control neurofisiológico. No incidencias.

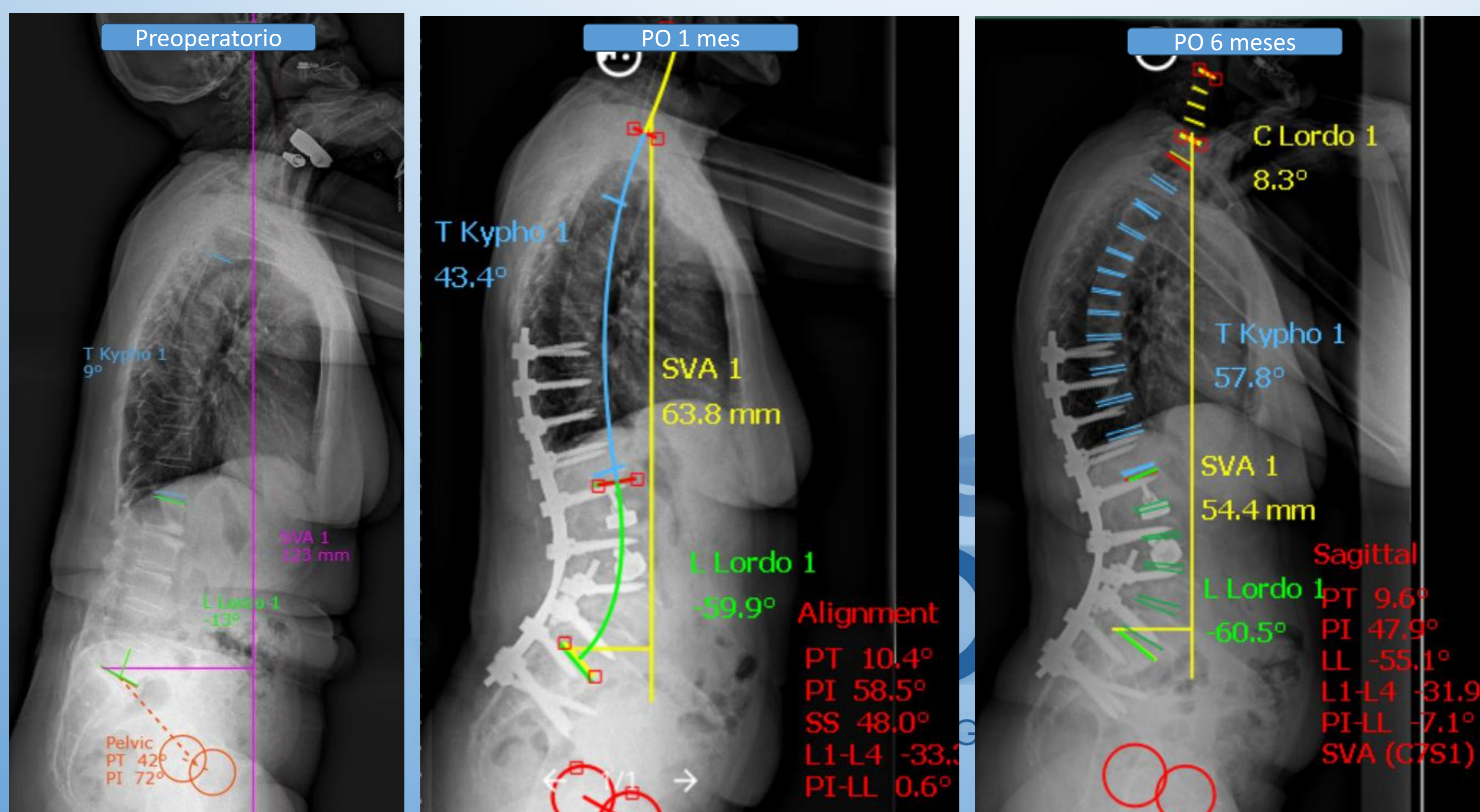


Evolución:

Bipedestación e inicio de deambulación con andador al 3er día PO. RHB intrahospitalaria. Alta al mes PO.

Al 6º mes PO la paciente presenta buen estado general, camina sin ayudas y sin dolor.

En las Rx de control al mes y a los 6 meses PO se obtienen los siguientes datos: LL 60°, cifosis torácica 57°, PT 9,6° y SVA 5,4 cm.



Conclusiones:

El desequilibrio sagital se ha reducido a la mitad, se ha restaurado la lordosis y cifosis correspondientes. A pesar de que en la literatura el 29% de la cirugía de corrección presenta resultados clínicos no satisfactorios, nuestra paciente presenta buena evolución y mejoría clínica significativa en el seguimiento a corto plazo.