

# MANEJO COMBINADO DE CIFOSIS CONGÉNITA PROGRESIVA Y MÉDULA ANCLADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Guzmán Sánchez Á, Ruiz Blanco S, Riquelme García O, Muñoz Nuñez P, García Martín A

## INTRODUCCIÓN

Actualmente no existe un consenso sobre el manejo de pacientes con **deformidad vertebral progresiva y médula anclada**. Presentamos un paciente con cifoescoliosis congénita (CEC) y médula anclada (MA), sometido a **tratamiento quirúrgico combinado** para **corrección** de la deformidad y **desanclaje** medular, analizando los resultados y evolución del mismo.

## RESULTADOS

La tracción mediante el **halo** estabilizó la columna y logró una **corrección de la cifosis del 33,9%**. La **corrección final** obtenida tras la cirugía fue del **59,4%**.

La evolución clínica postoperatoria fue satisfactoria. Diez días tras la intervención, mejoran los episodios de incontinencia de esfínteres y es dado de alta en la 2ª semana postoperatoria. Al mes se consigue la **deambulacion autónoma** del paciente y buen control del dolor con analgesia de 1º escalón.

## MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 14 años, multioperado por malformaciones congénitas, con diagnóstico de **cifoescoliosis congénita** por **hemivértebra** en T9 y **médula anclada** a nivel de L3. A los 12 años se indica cirugía correctora de la deformidad, aunque la familia postpone hasta la madurez esquelética. Durante el seguimiento, tras **progresar la cifosis a >80°** aceptan la intervención.

El paciente acude a Consultas Externas por **paraparesia** de miembros inferiores e **incontinencia de esfínteres** de una semana de evolución. Se realiza RMN evidenciándose **mielomalacia** sutil a nivel de T10; y telerradiografía **con progresión de la cifosis a 118°**. Se coloca **halo de tracción** previo a la cirugía, llegando hasta un peso de 6 kg que se mantiene seis semanas. Dada la clínica motora y de esfínteres, se interviene quirúrgicamente junto con Neurocirugía realizándose: **instrumentación** vertebral T2-L3, **desanclaje medular**, **osteotomía vertebral** Swab tipo III de T9 y tipo II de T8-T10 y estabilización final con dos barras.



Evolución curva escoli6tica en telerradiografía, de izquierda a derecha: al ingreso (cifosis 118°), tras 6 semanas con halo (cifosis 75,6°) y al mes tras la cirugía de instrumentación (cifosis 47,9°)

## CONCLUSIÓN

La **corrección progresiva** previa mediante halo-tracción favorece la distensión de partes blandas y permite la **acomodación medular** para la corrección de la deformidad. La **cirugía combinada** de corrección de la deformidad y desanclaje medular logra buenos resultados de función neurológica, permitiendo la **recuperación motora y del control de esfínteres**, especialmente en **casos sintomáticos** de médula anclada.