



**XXXIII Congreso
Latinoamericano de
Neurocirugía - Clan 2008**

**III Curso
Internacional de Columna**

Bogotá - Colombia

**REVISTA OFICIAL DEL
CAPITULO DE COLUMNA
DE LA FEDERACION
LATINOAMERICANA
DE SOCIEDADES
DE NEUROCIROGIA**

volumen 3 • octubre 2008

Editores 2006/2008

Nestor Guzman Colombia.....nguzman@elsitio.net.co
 Einer Concha..... Peru.....einerconcha@hotmail.com
 Alfonso Basurco Peru.....albasurco@hotmail.com

Conselho Editorial 2006/2008

Marcos Masini Brasilmarcos.masini@uol.com.br
 Fernando Latorre..... Argentina.....fernandolatorre@yahoo.com.ar
 Marcelo Torres Argentina.....mttorres55@yahoo.com.ar
 Pablo Vasconez Venezuela.....pablov_1165@yahoo.com
 Gerardo Calderon Argentina.....ramoneroaplano@gmail.com
 Jose Ruiz Rep. Dominicanajoseruizneuro@hotmail.com
 Oscar Aponte..... Colombia.....oscarapon@hotmail.com
 Sergio Hernandez Venezuela.....sergioh28@yahoo.com
 Miguel Berbeo..... Colombia.....mberbeo@gmail.com
 Oswaldo Pelpa Argentina.....oapelpa@yahoo.com.ar
 Heraldo Pares..... Argentina.....hpares@ornet.com.ar
 Neftali Cossio Colombia.....necossio@gmail.com
 Jorge Salazar Ecuadorjordineuro@yahoo.com
 Francisco Lasso..... Ecuadorjuanflasso@yahoo.com
 Jorge Shilton..... Argentina.....shiltonjorge@hotmail.com
 Mario Figueroa..... Argentina.....m_figueroa@speedy.com.ar
 Jorge Jarrin..... Ecuadorjorgejarrinduque@yahoo.com
 William Sanmiguel..... Venezuela.....wsanmiguel@cantv.net
 Jorge Lambre..... Argentinajlambre@ciudad.com.ar
 Einer Concha..... Peru.....einerconcha@hotmail.com
 Francisco Sanchez Panama.....pachifsc@psi.net.pa
 Guy Broc Mexicodrbroc@yahoo.com
 Miguel Vizcarra Peru.....mmmvizcarra@hotmail.com
 Manuel Alvarado..... Venezuela.....2349ma@cantv.net
 Jose Silvera..... Venezuela.....jrsilvera@cantv.net
 Luis Arana..... Venezuela.....laranaj@cantv.net
 Ivan Muro Venezuela.....ivanncr@cantv.net
 Roberto Aguiar..... Brasilluis.aguiar@pucpr.br
 Marcelo Platas..... Argentina.....mhplatas@ciudad.com.ar
 Bernardo de Ferari..... Bolivia.....deferari@acelerate.com
 Juan..... R. Valle.....neurovalle2002@yahoo.com



Estimados Colegas

La Revista Oficial del Capítulo de Neurocirugía de la Columna Vertebral de la FLANC tiene la finalidad de integrar las actividades desarrolladas por los Neurocirujanos de América Latina en el área específica de los tratamientos orientados a las dolencias de la columna vertebral. Permitirá inicialmente un reconocimiento interno de las actividades que realizamos y su espectro de acción y que posteriormente nos permitirá la organización de nuestra actividad de manera más productiva y eficiente.

Tres grandes tópicos serán el foco de atención de esta publicación:

1. Los programas de Educación y Prevención
2. El reconocimiento y desarrollo de actividades con otras especialidades
3. las investigaciones específicas para el desarrollo de nuevas técnicas y tecnologías a ser utilizadas en el tratamiento de los pacientes en nuestra región

Esperamos con este primer número estimular a todos los colegas relacionados con el tratamiento de la patología vertebral en América Latina a unirse en defensa y en la divulgación de los tópicos citados.

Esperamos sus críticas o sugerencias.

A Revista Oficial do Capítulo de Neurocirurgia da Coluna Vertebral da FLANC tem a finalidade de integrar as atividades desenvolvidas pelos neurocirurgiões da América Latina na área específica dos tratamentos orientado para as doenças da coluna vertebral. Permitirá inicialmente um reconhecimento interno das atividades que realizamos e seu espectro de ação, o que posteriormente nos permitirá a organização de nossa atividade de forma mais produtiva e eficiente.

Três grandes tópicos serão focos de interesse desta publicação:

1. Os programas de educação e prevenção;
2. O reconhecimento e desenvolvimento da atividade com outras especialidades;
3. O estímulo a pesquisas específicas para desenvolvimento de novas técnicas e tecnologias a serem utilizadas no tratamento dos pacientes em nossa região.

Esperamos com este primeiro número estimular todos os colegas que atuam no tratamento das doenças da coluna vertebral na América Latina a se unirem em defesa e na divulgação dos tópicos citados.

Aguardamos as suas críticas e sugestões

Cordialmente,

Marcos Masini

Presidente do Capítulo de Neurocirurgia da Coluna Vertebral - FLANC
Presidente Capítulo De Columna - FLANC

Sumário

Nucleoplastia percutánea para o tratamento da hérnia de disco lombar 12

Dr. Orlando Luís Zamora Plasencia (ozamora@ig.com.br),
Dr. Nelson Machin Arias

País: Brasil

Espaciador interespinoso, una alternativa para Cirugía de columna 12

Bogotá, Colombia

Dr. Miguel Saenz Amuruz (saenzmig@yahoo.com),
Residente Neurocirugía Hus Dr. Mario Rodríguez
Saavedra, Dr. Jorge Guzman Prenk Neurocirujanos

Descompresión y estabilización dinámica con sistema pedicular en enfermedad degenerativa de la columna lumbar. Técnica mínimamente invasiva. Serie preliminar de casos y revisión de la literatura 13

Bogotá, Colombia

Luis M. Villalobos MD (luchovillalobos@yahoo.com);
Roberto C. Díaz, MD; Miguel E. Berbeo, MD; Juan Carlos
Acevedo, MD; Oscar Feo, MD

Disrafismo espinal: tratamiento actual en nicaragua. 13

Marvin Fermín Salgado Pérez (mfsbrain@yahoo.com)

Nicaragua

Resultados a largo plazo de la cifoplastia para el tratamiento de las fracturas vertebrales 14

Barcelona, España

Dr. Rodrigo Rodríguez (rrodriguez@santpau.cat)*, Dr.
Joan Molet*, Dr. Jesús Lafuente**, Dr. Ramón Navarro**,
Dr. F. Bartumeus*, * Servicio de Neurocirugía. Hospital
de la Santa Creu y Sant Pau; ** Servicio de Neurocirugía.
USP. Instituto Universitario Dexeus

Bloqueo radicular lumbar via transforaminal em el manejo de la hérnia discal lumbar 14

Curitiba, Brasil

Emiliano Vialle, Luiz Roberto Vialle, Luis Felipe
Carvalho, Pablo Godinho, William Contreras
(williamomarcontreraslopez@hotmail.com). Grupo de
Cirugía da Coluna, Hospital Universitário Cajuru, PUC-PR.
Curitiba Spine Center.

Enfermedad facetaria lumbar. Tratamiento percutaneo con radiofrecuencia. Presentación de una serie de 70 pacientes tratados. Juan Carlos Acevedo González. (jacevedog@gmail.com) Neurocirujano especialista en Neurocirugía Funcional, Manejo de Dolor y Espasticidad. Jefe de la Unidad de Neurocirugía, Hospital Universitario de San Ignacio, Profesor Pontificia Universidad Javeriana. Miembro Consultor Sección de Neurocirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá. 15
Bogotá, Colombia.

Cirugía espinal lumbar. Tratamiento conservador vs. Quirúrgico. 15
Dr. Manuel Guillermo Clará Morell. Neurocirujano (mgclaram@infomed.sld.cu). Centro Investigaciones Médico Quirúrgico. CIMEQ. Habana, Cuba

Terapia termica intradiscal (idet) para el tratamiento del dolor lumbar discogenico. Presensación de una serie de 16 pacientes tratados. 16
Juan Carlos Acevedo González. (jacevedog@gmail.com) Neurocirujano especialista en Neurocirugía Funcional, Manejo de Dolor y Espasticidad. Jefe de la Unidad de Neurocirugía, Hospital Universitario de San Ignacio, Profesor Pontificia Universidad Javeriana. Miembro Consultor Sección de Neurocirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá.
País: Bogotá, Colombia

Aracnoiditis espinal osificante 16
Buenos Aires, Argentina
Dr. Gruarin JF, Dr Zanardi C (carlitoszanardi@hotmail.com), Dr Mayer A, Dr Weller P, Dr Diaz M, Dr. Sole H

Utilidad de la discografia en el proceso diagnostico del dolor lumbar discogenico. Inclusión de un nuevo criterio de evaluación para obtener una mayor especificidad. 17
Bogotá, Colombia.

Juan Carlos Acevedo González. (jacevedog@gmail.com) Neurocirujano especialista en Neurocirugía Funcional, Manejo de Dolor y Espasticidad. Jefe de la Unidad de Neurocirugía, Hospital Universitario de San Ignacio, Profesor Pontificia Universidad Javeriana. Miembro Consultor Sección de Neurocirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá.

Evolución clínica postoperatoria de 21 pacientes operados con implante de prótesis de disco lumbar. 18

Caracas, Venezuela.

Da Silva, Manuel; Onay, Daniel; Zea, Armando (zeagos@cantv.net)

Microforaminotomía posterior para el tratamiento de la hernia discal cervical. Descrição da técnica e apresentação de dois casos 18

Aracaju – Sergipe, Brasil

Fernando Schmidt; Carlos Umberto Pereira (umberto@infonet.com.br)

Vertebroplastia percutánea posteolateral en el tratamiento del dolor debido a fractura patológica de la columna vertebral 19

Caracas, Venezuela. 2008

Da Silva, Manuel; Onay, Daniel y Zea, Armando (zeagos@cantv.net)

Opciones para artrodesis lumbar mínimamente invasiva por vía anterior 19

Curitiba, Brasil

Emiliano Vialle, Luiz Roberto Vialle, Luis Felipe Carvalho, Pablo Godinho, William Contreras (williamomarcontreraslopez@hotmail.com). Grupo de Cirugía de la Columna, Hospital Universitário Cajuru, PUC-PR. Curitiba Spine Center.

Hematomas subdurales crónicos tratados en el hospital universitario fundación santa fe de bogotá. 20

Bogotá, Colombia

Dr. Germán Peña Quiñones. Neurocirujano Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Profesor Titular de Neurocirugía. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia Dr. George Chater Cure. Residente de Neurocirugía, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia Dr. Diego González Martínez. Interno Institucional Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia Dr. Juan Carlos Diez Palma. Neurocirujano. Fundación A. Shaio. Bogotá, Colombia Dr. Enrique Jiménez Hakim. Neurocirujano. Jefe de Neurocirugía. Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Profesor de Neurocirugía. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia Dr. Fernando Hakim D. Neurocirujano Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Profesor de Neurocirugía. Universidad El Bosque.

Tratamiento con cirugía mínimamente invasiva para hematoma epidural cervical espontáneo. Reporte de caso y nota técnica 20

Dr Roberto Diaz (rocador@yahoo.com) (Profesor asistente de la Unidad de Neurocirugía del Hospital Universitario San Ignacio), Dr Manuel Vergara (Residente de último año de Neurocirugía, Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio)

País: Bogotá, Colombia

Contribución a las investigaciones con uso de implante interespinoso 21

Carlos Zapater (czapater31@hotmail.com), Jefe del Servicio de Neurocirugía Hospital Fuerza Aérea del Perú Perú

Prevención de la fibrosis epidural postoperatoria en la cirugía de hernia discal lumbar 2000-2007 22

Arévalo Cesar (arevalo_cesar@hotmail.com), Muro Iván, Juliao José, Guzmán Rafael Hospital Dr. Israel Ranuárez Balza, Unidad de Emergencias Médicas Santa Rosalía, Policlínica San Juan, San Juan de Los Morros, Guárico, Venezuela
San Juan de Los Morros-Guárico, Venezuela

Experiencia y manejo de la hernia lumbar extraforaminal o extremo lateral..... 22

Alfredo Fuentes Dávila Martínez (Afdm74@hotmail.com), Javier Torres Márquez, Federico Valencia Lara
Lima, Perú

Estabilización vertebral pedicular para el tratamiento de patología oncológica del raquis

..... 24

Argentina

Dr. Marcelo López, Dr. Mario Alberto Rott

Presentacion proco frecuente de hernias de disco cervicales multiples. Tratamiento multidisciplinario. Revision bibliografica. 24

Argentina

Dr. Mario Alberto Rott (Médico Neurocirujano), Dr. Marcelo López (Médico Ortopedista), Dr. Manuel Villar (Médico Cirujano).

Inestabilidad espinal en patología tumoral 25

Andrés Cervio (acervio@fleni.org.ar), Santiago Condomí Alcorta, Rubén Mormandi, Natalia Roura, Pablo Marino y Jorge Salvat. Instituto FLENI
Buenos Aires, Argentina

Artrodesis lumbar circunferencial minimamente invasiva: estudio prospectivo con dos años de seguimiento. 25

Curitiba, Brasil

Emiliano Vialle, Luiz Roberto Vialle, Luis Felipe Carvalho, Pablo Godinho, William Contreras (williamomarcontreraslopez@hotmail.com). Grupo de Cirugía da Coluna, Hospital Universitário Cajuru, PUC-PR. Curitiba Spine Center.

Patología de sacro en tres centros hospitalarios de bogota 26

Bogotá, Colômbia

Miguel Saenz Amuruz (saenzmig@yahoo.com). Residente Neurocirugía Hus. Pedro Penagos, Dr. Mauricio Riveros, Dr Leonardo Laverde. Neurocirujanos

Diastematomielia. A propósito de un caso 26

Cabrera M. Jesús A. (jesusalbertocabrera@gmail.com); Trompiz G. Gavrik H.; Arocha S. Katerina I.
Valencia Edo. Carabobo, Venezuela

Tratamiento quirurgico de la espondilolistesis lumbo-sacra del adulto 27

Las Palmas de Gran Canaria, España

Valencia Maldonado Carlos (cabertovm@yahoo.es), Ojellon, Maximino Rodríguez, Pons Daniel

Complicações médicas do traumatismo raquimedular ... 27

Aracaju – Sergipe, Brasil

Carlos Umberto Pereira (umberto@infonet.com.br),
Luciana Franco do Prado de Carvalho, Egmond Alves Silva Santos, Carlos Henrique de Araújo Carvalho Júnior

Correlacion clinica y radiologica de la discografia lumbar 28

Clinical and Radiological correlation of lumbar discography 28

discography 28

Curitiba, Brasil

Emiliano Neves Vialle 1, Luiz Roberto Gomes Vialle1, William Omar Contreras Lopez 2 (williamomarcontreraslopez@hotmail.com) 1-Grupo de Cirurgia de Coluna, Hospital Universitário Cajuru, Pontifícia Universidade Católica do Paraná. 2- Residente de Neurocirugía/cirugía de columna, AO Spine Latin América.

Técnica mínimamente invasiva para fijación posterior c1-c2 con sistema de tornillos y barra. Reporte de casos, descripción de la técnica y anatomía quirúrgica 29

Bogotá, Colombia

Luis M. Villalobos MD** (luhovillalobos@yahoo.com); Roberto C. Díaz, MD*; Miguel E. Berbeo, MD***; Juan Carlos Acevedo, MD***; Oscar Feo, MD***.

Artrodesis anterior de la columna cervical sin placa, técnica “stand alone” con caja de fusión intervertebral y sustituto óseo para el manejo de la enfermedad espondilótica cervical 30

Bogotá, Colombia

Luis M. Villalobos MD** (luhovillalobos@yahoo.com); Roberto C. Díaz, MD*; Miguel E. Berbeo, MD***; Juan Carlos Acevedo, MD***; Oscar Feo, MD***.

Bloqueo radicular cervical via transforaminal en el manejo da hérnia discal cervical 31

Curitiba, Brasil

Emiliano Vialle, Luiz Roberto Vialle, Luis Felipe Carvalho, Pablo Godinho, William Contreras (williamomarcontreraslopez@hotmail.com). Grupo de Cirurgia da Coluna, Hospital Universitário Cajuru, PUC-PR. Curitiba Spine Center.

Evaluacion de la discectomia lumbar por via extraforaminal - estudio cuantitativo en cadáveres 32

Curitiba, Brasil

Vialle E.N., Gusmão M.S., Rangel T.A., Moron R.C., Vialle L.R. Rocha, S., Contreras W. (williamomarcontreraslopez@hotmail.com) Grupo de Cirurgia de Coluna, Hospital Universitário Cajuru PUC-PR. Departamento de Anatomia, PUC-PR

Fijación interapofisaria translaminar percutánea. Una opción quirúrgica en la espondilolistesis lumbar istmica. 32

Cuba.

Dr. Angel J. Lacerda Gallardo (ajlacerda@hgm.cav.sld.cu, angeljesus.lacerdagallardo@gmail.com), Dra. Daisy Abreu Pérez, Dr. Julio A. Díaz Agramonte, Dra. Amarilys Ortega Morales, Dr. Gilberto Miranda Rodríguez, Dr. Oílen Hernández Guerra, Dr. Sandro Pérez Leal, Dr. Juan Imbert Palmero. Hospital general de Morón, ciego de Ávila.

Experiencia en el manejo de patologías de la union craneocervical en el hospital universistario de la samaritana - hospital universitario mayor 2006 – 2008 33

Bogotá, Colombia

Dr. Mauricio Riveros, Dr. Jose Buritica, Dr. Iván Herrera (ivanen1976@yahoo.es)

Coccigectomía. Diagnóstico y tratamiento; presentación de 18 casos 33

Gilberto Gardea Loera (ggardeamd@yahoo.com), Iván Dorian Giraldo, Mario López Avilés. Hospital Regional de Delicias, Chih.

Nucleoplastia percutanea cervical por radiofrecuencia en el hospital central fuerza aérea del Perú. 34

Carlos Zapater (czapater31@hotmail.com), Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Central Fuerza Aérea del Perú

Perú

Instrumentacion dinamica nueva era". Presentacion de casos con "u" coflex 35

Bucaramanga, Colombia

Neftali Cossio L.(cneftali@hotmail.com); Carlos Chacon A.; Carlos Miguél C.; Gabriel Vargas G.

Uso del ozono en el dolor originado de la columna vertebral lumbar 36

Dr. Marcos Masini* (marcos.masini@uol.com.br), Dr. Jose Hermida Fernandez, Dr. Luciano Langui, Dr. Ivan Castillo Guerrero** (drivancastillo@yahoo.com.ar)

País: * Brasilia, Brasil. **Buenos Aires, Argentina

Tratamiento de patología de columna inestable de tipo degenerativo de columna cervical 37

Lima, Perú

Vizcarra Fernández Miguel (mmmvizcarra@hotmail.com), Morales Díaz Arturo, Mujica Sánchez Mijail, Tarrillo Ames Angel

Evolución y análisis de 221 casos de hernia discal lumbar tratados con hemilaminoforaminotomía y discoidectomía. 37

Gilberto Gardea Loera (ggardeamd@yahoo.com), Iván Dorian Giraldo, Mario López Avilés. Hospital Regional de Delicias.

Microforaminotomia anterolateral cervical 38

Medellín, Colombia

Sergio Ángel B. (sangel@une.net.co)

Artroplastia cervical em dois niveis com disco mobi-c. 38

Nelson Machin (nmachin@terra.com.br). Orlando zamora. Michel Issa. Hospital da cruz vermelha brasileira. filialdo estado do paranà.

País: Brasil

Experiencia con disco artificial en el tratamiento de hernias cervicales. 39

Dr. Carlos Zapater (czapater31@hotmail.com), Hospital Central Fuerza Aérea del Perú, Jefe del Servicio de Neurocirugía.

Perú

Laminoplastia y laminostomía en la cirugía espinal. Nuestros resultados 40

Dr. Angel J. Lacerda Gallardo (Ajlacerda@hgm.cav.sld.cu, Angeljesus.lacerdagallardo@gmail.com), Dra. Daisy Abreu Pérez. Dra. Amarilys Ortega Morales, Enf. Santiago Santos Hernández, Dr. Sandro Pérez Leal, Dr. Gilberto miranda Rodríguez, Dr. Julio A. Díaz Agramante, Dr. Oilén Hernández Guerra. Servicio de Neurocirugía. Hospital general de Morón, Ciego de Ávila.

País: Cuba

Measurement of anatomic relations of the iliolumbar vein 40

Curitiba -PR, Brasil

Emiliano Neves Vialle¹ (emiliano@vialle.com.br), Luiz Roberto Gomes Vialle¹, Pablo Godinho², William Omar Contreras Lopez², Luiz Felipe Carvalho², Sayid Ahmed², Anatomy Students³, Sergio Rocha³ 1-Department of Spine Surgery, Cajuru University Hospital, Pontific Catholic University, Parana. Brasil 2- Spine surgery Fellow, AOSpine Latin America 3-Department of Anatomy, Pontific Catholic University (PUC)

Hernia de disco cervical: incidência e fatores de risco . 41

Ricardo Marques Lopes de Araújo (ricardolopesdearaujo@hotmail.com), José Nazareno Pearce de Oliveira Britto, Mariana Oliveira Cordeiro, Nara Maria Ribeiro Soares, Isabela Ramos Duarte Teixeira Teresina, Brasil

Neurofibromatosis tipo i: enfermedad de von reckling hausen.A propósito de un caso. 42

Dr. Juan Kiklikian (mjlp12@hotmail.com). Dr. Teodulfo Russian, Dr. Leonardo Marquez, Dra. Marielys Lárez. Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar. Maturín, Monagas. 2007. Maturín, Venezuela.

Meningioma de filum terminale 42

Luis Pimentel Osechas (pimentelncr@gmail.com), Marelis Gonzalez, Alexandra Lugo, Nelsa Caraballo, María, Antonieta Peña Valera estado trujillo, Venezuela

Evolucion clinica y radiologica de pacientes sometidos a fusion cervical anterior con caja roscada de titanio sin uso de placa 43

Caracas, Venezuela

Jara Luis (luisjaramd@gmail.com), Urbaneja Geberth, Nones Alfredo, López Reynaldo

Quiste dermoide espinal a propósito de un caso..... 43

Caracas, Venezuela

Jesús García Catoni (jesus_neuro@hotmail.com), Amarilis Mezones, Alejandro Márquez, Leandro Castro, Franklin Scovino, Aura Contreras, Igor Márquez. Hospital General del Este "Dr. Domingo Luciani", Servicio de Neurocirugía, Caracas, Venezuela

Espondiloartrose cervical: resultados tardios em cirurgias por via anterior a propósito de 64 casos 44

Luiz Antônio Araújo Dias, Carlos Umberto Pereira, Koji Tanaka, Fernando Eduardo Plastina, Roberto Alexandre Dezena, Luiz Antônio Araújo Dias Jr.

Ribeirão Preto-SP, Brasil (necasantacasarp@terra.com.br)

Fijación directa del cóndilo occipital con tornillo poliaxial para estabilización de las patologías de la unión craneo-cervical. Descripción quirúrgica y reporte de caso de una nueva opción de tratamiento. 44

Bogotá, Colombia

Roberto Díaz Orduz, MD* (luhovillalobos@yahoo.com), Miguel Berbeo, MD*; Manuel F. Vergara Lago MD** ,

Hemangioblastoma cervical na doença de von hippel lindau – relato de caso 45

Brasil

Christoph DH, Gonçalves MB (goncalvesmb@gmail.com), Guimarães RD, Correa JLA, Ribeiro CH, Landeiro JA. Hospital de Força Aérea do Galeão (HFAG)

Abordaje neuroendoscópico y transcraneal en un tiempo quirúrgico de craneofaringioma intraventricular 45

Alzate Juan Diego (juandiegomono@hotmail.com). Pedro Penagos. Alejandro Osorio

Bogotá, Colombia

Artroplastia cervical em dois niveis com disco mobi-c. 46

Brasil

Doutor Nelson Machin. (nmachin@terra.com.br) Doutor Orlando Zamora. Doutor Michel Issa. Hospital da Cruz Vermelha Brasileira. Filial do estado do Paraná.

Objetivo

Reglamento De Publicaciones De Trabajos En La Revista Latinoamericana De Columna 47

Nucleoplastia percutánea para o tratamento da hérnia de disco lombar

Dr. Orlando Luís Zamora
Plasencia (ozamora@ig.com.br),
Dr. Nelson Machin Arias
País: Brasil

Introdução

As técnicas minimamente invasivas desenvolvidas atualmente para tratar a patologia discal lombar, encontram-se em pleno auge em vários países do mundo. A busca por novos e eficazes métodos de tratamento, com menor dano tecidual e melhores resultados estéticos, é imprescindível em nossos dias.

Objetivo

Avaliar os resultados clínicos da técnica, em pacientes submetidos ao tratamento de hérnia de disco lombar por Nucleoplastia Percutânea (NP).

Material e Método

Dez pacientes selecionados com hérnia de disco lombar, operados entre outubro de 2007 e janeiro de 2008. Foi utilizada a ponteira Artrhocare da empresa Optika Ltda. Todos foram avaliados com a escala visual analógica (EVA) e avaliação global de satisfação e retorno ao trabalho.

Resultados

O acompanhamento médio foi de quatro meses, variando de 4 a 8 meses. A EVA foi significativamente menor ($p < 0,02$), e a satisfação global do paciente após o procedimento foi maior, com uma rápida integração ao trabalho sem restrição às atividades laborais prévias.

Conclusão

A nucleoplastia percutânea (NP) lombar é um método minimamente invasivo eficaz para o tratamento da hérnia de disco lombar, em pacientes selecionados. Estudos prospectivos e multicêntricos e com número maior de pacientes, é necessário realizar.

Palavras-chave

Nucleoplastia

Espaciador interespinoso, una alternativa para Cirugia de columna

Dr. Miguel Saenz Amuruz (saenzmig@yahoo.com),
Residente Neurocirugia Hus Dr. Mario Rodriguez
Saavedra, Dr. Jorge Guzman Prenk Neurocirujanos
Bogotá, Colombia

Objetivos

Evaluar La Efectividad Del Espaciador Interespinoso En Enfermedad Degenerativa De Columna, Específicamente Canal Lumbar Estrecho, Enfermedad Facetaria Y Dolor Discogenico, Desde Enero 2007 Hasta Enero 2008.

Materiales Y Métodos

Serie De Casos Con Pacientes Cuidadosamente Seleccionados Con Dispositivo Interespinoso Implantado En El Hospital Universitario De La Samaritana, Hospital Universitario Mayor Y Clínica Santa Bibiana De La Ciudad De Bogota Desde Enero 2007 Hasta Enero 2008.

Resultados Y Conclusiones

mejoría Del Cuadro Clínico. Permite Estabilización De La Columna Tanto En Flexión Como En Extensión, Restaura La Altura Del Disco Intervertebral, No Produce Enfermedad De Segmento Adyacente, No Hay fusión Vertebral. Minimamente Invasivo, Menor Sangrado, Menor Morbimortalidad, Menor Estancia Hospitalaria. Es Completamente Reversible Y Preserva La Columna Para Futuras Intervenciones Quirúrgicas.

Referencias

1. Aota Y, Kumano K, Hirabayashi S. Postfusion instability at the adjacent segments after rigid pedicle screw fixation for degenerative lumbar spinal disorders. *J Spinal Disord* 1995;8:464-73.
2. Fujiwara A, Tamai K, An HS, et al. The relationship between disc degeneration, facet joint osteoarthritis and stability of the degenerative lumbar spine. *J Spinal Disord* 2000;13:444-50.
3. Kumar MN, Jacquot F, Hall H. Long-term follow-up of functional outcomes and radiographic changes at adjacent levels following lumbar spine fusion for degenerative disc disease. *Eur Spine J* 2001;10:309-13.
4. Sénégas J. Mechanical supplementation by non-rigid fixation in degenerative intervertebral lumbar segments: The Wallis system. *Eur Spine J*. 2002;11(Suppl 2):S164-9.
5. Swanson KE, Lindsey DP, Hsu KY, et al. The effects of an interspinous implant on intervertebral disc pressures. *Spine* 2003;28:26-32.
6. Zucherman JF, Hsu KY, Hartjen CA, et al. A multi-center, prospective, randomized trial evaluating the X-STOP interspinous process decompression system for the treatment of neurogenic intermittent claudication. *Spine*. 2005;30:1351-1358

Descompresión y estabilización dinámica con sistema pedicular en enfermedad degenerativa de la columna lumbar. Técnica mínimamente invasiva. Serie preliminar de casos y revisión de la literatura

Luís M. Villalobos MD
(luchovillalobos@yahoo.com);
Roberto C. Díaz, MD; Miguel E.
Berbeo, MD; Juan Carlos Acevedo,
MD; Oscar Feo, MD
Bogotá, Colombia

Resumen

El dolor lumbar constituye una patología de alta incidencia y costos, transformándose en un problema de salud pública. Cuando se asocian características biomecánicas al dolor, no es claro el manejo que se debe seguir y las medidas terapéuticas no siempre tienen buenos resultados. Durante mucho tiempo se ha manejado el concepto de inestabilidad como causal del componente biomecánico de la lumbalgia crónica; de tal manera, la fusión del segmento espinal se ha convertido en la medida terapéutica de elección. Sin embargo, a pesar de una depuración de la técnica, y de tasas de fusión cercanas al 100%, el resultado clínico no se correlaciona y, por el contrario, aparecen complicaciones como la enfermedad del segmento adyacente a la fusión.

Se han propuesto entonces formas de estabilización que conserven el movimiento, prefiriéndose los sistemas basados en tornillos transpediculares por su larga durabilidad y mejor control del movimiento.

Objetivos

Evaluar clínica y radiológicamente sistemas de estabilización dinámica en la columna lumbar, con tornillos transpediculares, utilizando una técnica mínimamente invasiva. Revisión de la técnica mínimamente invasiva lumbar y revisión de la literatura.

Materiales Y Métodos

Reportamos una serie de cinco casos de enfermedad degenerativa lumbar asociada a compresión de estructuras nerviosas que requerían estabilización adicional y en los que se prefirió, por la edad de los pacientes y otros factores a favor, la colocación del sistema dinámico de estabilización posterior COSMIC, mediante una técnica mínimamente invasiva.

Resultados

Adecuado control de los síntomas en el seguimiento a 6 y 3 meses, reflejado en mejoría en las escalas estandarizadas para evaluación de dolor lumbar

Conclusiones

Presentamos una serie de casos con resultados alentadores de una técnica de fijación transpedicular dinámica como una opción al tratamiento tradicional de fusión estático y rígido, para el manejo de la enfermedad degenerativa de la columna lumbar y el dolor lumbar crónico.

Referencias:

1. Mayer H, Korge A. Non-fusion technology in degenerative lumbar spinal disorders: facts, questions, challenges. *European Spine Journal* 2002; 11 (Suppl. 2): S85-S91.
2. McNally D. Rationale for Dynamic Stabilization. En Kim D, Cammisa F, Fessler R. Editores, *Dynamic Reconstruction of the Spine*. Thieme 2006. p. 237-243.
3. Von Stempel A. Nonfusion Stabilization of the Degenerated Lumbar Spine with Cosmic. En Kim D, Cammisa F, Fessler R. Editores, *Dynamic Reconstruction of the Spine*. Thieme 2006. p. 330-339.
4. Pimenta L, Diaz R, Sengupta D. Minimally Invasive Posterior Dynamic Stabilization System. En Kim D, Cammisa F, Fessler R. Editores, *Dynamic Reconstruction of the Spine*. Thieme 2006. p. 323-329.
5. Sengupta D. Dynamic stabilization devices in the treatment of low back pain. *Orthopaedic Clinics of North America* 2004; 35: 43-56.
6. Powers C, Isaacs R. Minimally Invasive Fusion and Fixation Techniques. *Neurosurgery Clinics of North America* 2006; 17: 477-489.

Disrafismo espinal: tratamiento actual en nicaragua.

Marvin Fermín Salgado Pérez (mfsbrain@yahoo.com)
Nicaragua

Se revisan los expedientes de pacientes operados por disrafismo espinal en el periodo de agosto 2007-agosto 2008, analizando los resultados de la cirugía, la terapia recibida, las complicaciones y eventualidades

clínicas asociadas. Además se expone el manejo multidisciplinario de esta patología a la luz de la creación de organismos comunitarios institucionales involucrados en el tema.

Resultados a largo plazo de la cifoplastia para el tratamiento de las fracturas vertebrales

Dr. Rodrigo Rodríguez (rrodriguez@santpau.cat)*, Dr. Joan Molet**, Dr. Jesús Lafuente**, Dr. Ramón Navarro**, Dr. F. Bartumeus*.; * Servicio de Neurocirugía. Hospital de la Santa Creu y Sant Pau; ** Servicio de Neurocirugía. USP. Instituto Universitario Dexeus
Barcelona, España

Objetivos

La cifoplastia consiste en una técnica percutánea para tratar las fracturas vertebrales mediante el inflado de balones y posterior llenado de cemento bajo control radioscópico en el cuerpo vertebral.

MATERIALES Y METODOS

En los últimos 6 años hemos tratado a 60 pacientes con fracturas vertebrales, lo que supone un total de 71 niveles cementados, siendo T12 el nivel que con más frecuencia se ha visto afectado. La predominancia por sexos es claramente femenina en 40 casos. La edad media de 67 años. Todos los pacientes presentaban dolor intratable con una antigüedad media de la fractura de 3,6 meses, realizándose una RM secuencia STIR para delimitar el nivel o niveles afectos. En su defecto una gammagrafía ósea con Tc99 permite confirmar la ausencia de consolidación. Fracturas de más de un año de no presentan aumento de señal en la secuencia STIR de RM y no deben ser tratadas.

RESULTADOS

La estancia postoperatoria media es de 1,8 días, siendo dados de alta hospitalaria la mayoría en las primeras 24 horas sin corsé. Mediante escala analógica visual, se valoró un dolor preoperatorio medio de 8, disminuyendo inmediatamente a 3 en la primera semana y manteniéndose en 1,5 a los 3 y 4 años de seguimiento. Dos pacientes no presentaron mejoría clínica, uno por error de espacio y otro por diagnóstico erróneo, al presentar dolor asociado a metástasis tumoral de otra localización ósea no vertebral.

CONCLUSIONES

La cifoplastia es una técnica sencilla y segura para el tratamiento de las fracturas vertebrales ostopóroticas, tumorales o traumáticas.

La secuencia STIR de RM ayuda a delimitar el nivel sintomático en el caso de varias fracturas. La mejoría del dolor se mantiene a largo plazo.

Bloqueo radicular lumbar via transforaminal em el manejo de la hénria discal lumbar

Emiliano Vialle, Luiz Roberto Vialle, Luis Felipe Carvalho, Pablo Godinho, William Contreras (williamomarcontreraslopez@hotmail.com). Grupo de Cirugía da Coluna, Hospital Universitário Cajuru, PUC-PR. Curitiba Spine Center.
Curitiba.Brasil

Objetivo

relatar a experiência dos autores com o controle da dor radicular secundária a hénria discal lumbar, utilizando bloqueio anestésico transforaminal.

Pacientes e métodos

os autores seguiram, de modo prospectivo, 70 pacientes portadores de hénria discal lumbar causando radiculopatía. Os critérios de inclusão foram: dor radicular maior que a lumbar; falha do manejo conservador inicial, que incluía fisioterapia, acupuntura e medicações por via oral; duração máxima do quadro de oito semanas. Os pacientes foram avaliados quanto à dor utilizando a escala analógica de dor (1 a 10 pontos) antes do procedimento, e semanalmente durante um mês, e mensalmente até o terceiro mês. En Caso hubiese retorno progressivo del dolor, un nuevo bloqueio anestésico era realizado.

Resultados

54 pacientes estavam assintomáticos após o 3º mês de tratamento, sendo que 30 precisaram de um bloqueio, 17 de dois, e sete de três bloqueios. Dentre os 16 pacientes que não apresentaram melhora, pode-se observar dois grupos (8 em cada) divididos entre mais ou menos de 60 anos. Nos pacientes com mais de 60 anos que precisaram de cirurgia, havia maior degeneração discal e estenose foraminal asociada, do que naqueles que não precisaram da cirurgia. Nos pacientes com menos de 60 anos, a falha do tratamento com bloqueios esteve asociada a hénrias subligamentares e não migradas. No houve complicação imediata ou tardia relacionada ao procedimento. Conclusão

Los bloqueos anestésicos transforaminais son una alternativa eficaz e segura no controle da dor ciática secundária a hénria discal

Enfermedad facetaria lumbar. Tratamiento percutaneo con radiofrecuencia. Presentación de una serie de 70 pacientes tratados.

Juan Carlos Acevedo González. (jacevedog@gmail.com) Neurocirujano especialista en Neurocirugía Funcional, Manejo de Dolor y Espasticidad. Jefe de la Unidad de Neurocirugía, Hospital Universitario de San Ignacio, Profesor Pontificia Universidad Javeriana. Miembro Consultor Sección de Neurocirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar es una de las patologías más complejas en su proceso diagnóstico como en su análisis terapéutico. Prueba de esto son los resultados no siempre favorables con las técnicas tradicionales. La enfermedad facetaria lumbar es una de las múltiples etiologías del Dolor Lumbar. Su diagnóstico difícil hace que no se ofrezca las medidas terapéuticas adecuadas. Dentro del tratamiento encontramos las técnicas percutáneas por radiofrecuencia dirigida al ramo dorsal y medial de la raíz espinal que corresponde con la estructura que inerva esta articulación.

OBJETIVOS

Presentar una serie de pacientes con diagnóstico clínico de Enfermedad Facetaria Lumbar, analizar el proceso diagnóstico y terapéutico, comprendiendo la utilidad de la radiofrecuencia en el control del dolor y en el restablecimiento de la funcionalidad.

MATERIALES Y METODOS

Fueron 70 pacientes con diagnóstico de EFL tratados con radiofrecuencia entre Enero del 2002 y Diciembre del 2007. La mayoría hombres (67%), en un rango de edad productiva (30-50 años). Los criterios de inclusión incluyen signos clínicos presentes o ausentes, así como bloqueos diagnósticos que confirmaban el diagnóstico de EFL. Los criterios de exclusión descartan otras etiologías del dolor lumbar.

RESULTADOS

La evaluación de los resultados se realizó a los 8 días, 3 y 6 meses después del procedimiento. Se analizó la mejoría del dolor (EVA), el consumo de analgésicos y el reintegro laboral. A largo plazo 70% de los pacientes presentaban una mejoría de al menos un 50% del dolor, entre los cuales 45% presentaban ausencia completa de síntomas.

DISCUSION

El Dolor Lumbar no puede entenderse como exclusivamente originado en el Disco Intervertebral. Son múltiples estructuras que conforman un engranaje en el cual cualquiera de sus piezas puede ser generadora de síntomas. Las facetas articulares son un sitio frecuente de sobrecarga biomecánica que genera síntomas dolorosos. Su tratamiento requiere procedimientos invasivos, no necesariamente quirúrgicos.

CONCLUSIONES

La Rizotomía percutánea por radiofrecuencia del ramo dorsal y medial de la raíz espinal correspondiente con la articulación comprometida es un tratamiento eficaz en el control del dolor. Cuando no se presenta mejoría clínica con esta terapéutica debe sospecharse la presencia de una inestabilidad real en el segmento comprometido.

Cirugía espinal lumbar. Tratamiento conservador vs. Quirúrgico.

Dr. Manuel Guillermo Clará Morell. Neurocirujano (mgclaram@infomed.sld.cu). Centro Investigaciones Médico Quirúrgico. CIMEQ. Habana, Cuba

Se realiza un análisis prospectivo de 1500 microdisectomías lumbares con criterios de cirugía en 15 años en el Hospital Universitario Sancti Spiritu, se realizan test de significancia estadística para evaluar cuales pacientes evolucionaron mejor, si los que con criterios de cirugía esta se aplazo por diversas causas o aquellos en que la cirugía se realizó de forma inmediata. Se consideran las causas de cirugía fallida reconociéndose la estenosis asociada a la discopatía lumbar como las más frecuentes.

Se presentan curvas de seguimiento para valorar cuando los pacientes operados están más propensos a repetir cialgias y sus posibles causas desencadenantes. Se desglosan complicaciones de las microdisectomías y su forma de tratarlas. Se enfatiza en la fisioterapia postquirúrgica programada como elemento capital en su buena evolución. Se exponen conclusiones.

Terapia termica intradiscal (idet) para el tratamiento del dolor lumbar discogenico. Presensación de una serie de 16 pacientes tratados.

Juan Carlos Acevedo Gonzáles. (jacevedog@gmail.com) Neurocirujano especialista en Neurocirugía Funcional, Manejo de Dolor y Espasticidad. Jefe de la Unidad de Neurocirugía, Hospital Universitario de San Ignacio, Profesor Pontificia Universidad Javeriana. Miembro Consultor Sección de Neurocirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá.

País: Bogotá, Colombia

INTRODUCCIÓN.

El Dolor Lumbar Discogenico (DLD) ocasionado por la ruptura en el anillo fibroso es una patología que requiere en su proceso diagnóstico el análisis estricto de los diferentes elementos clínicos, paraclínicos y de discografía. Su tratamiento incluye la utilización de técnicas de radiofrecuencia que van a modificar con la aplicación controlada de calor las características del cartilago y las cambios proinflamatorios generados por la ruptura en el anillo.

OBJETIVOS

Presentar los resultados de una serie de pacientes tratados con esta técnica y entender el complejo proceso diagnostico previo a la realización de cualquier tratamiento.

MATERIALES Y METODOS

Fueron 16 pacientes tratados por el mismo cirujano (JCA) entre Enero del 2005 y Abril del 2008. Catorce pacientes eran de sexo masculino y 60% se encontraban entre los 30-50 años. Se realizo un seguimiento clínico a los 15 días, tres y seis meses en la mayoría de ellos. Se

evaluó intensidad del dolor (EVA), consumo de analgésicos y reintegro laboral.

RESULTADOS

La evaluación tardía de los pacientes mostró una mejoría superior al 50% del dolor en un 70% de ellos, entre los cuales 65% señalaban control del dolor superior al 75%.

DISCUSIÓN

La existencia del DLD genera gran discusión. Sin embargo los cambios estructurales generados en el anillo fibroso y alrededor de el apoyan su real existencia. El diagnostico rápido, fácil y basado exclusivamente en imágenes en esta patología no se aplica. Una vez hecho el diagnostico entre las opciones terapéuticas la menos invasiva y con menor morbilidad son las terapias intradiscales percutaneas.

CONCLUSIONES

La Terapia Térmica Intradiscal (IDET) es opción real para el tratamiento del Dolor Lumbar Discogenico.

Aracnoiditis espinal osificante

Dr. Guarin JF, Dr Zanardi C (carlitoszanardi@hotmail.com), Dr Mayer A, Dr Weller P, Dr Diaz M, Dr. Sole H Buenos Aires, Argentina

Introducción

Las calcificaciones leptomenigeas son frecuentes y habitualmente no tienen traducción clínica. El termino Aracnoiditis Osificante (AO) ha sido adoptado para describir una condición poco común, donde cambios proliferativos crónicos, resultan en metaplasia ósea intratecal con significativas secuelas neurológicas.

Material y Métodos

Presentamos dos pacientes que fueron admitidos con diagnostico de síndrome de compresión medular y hallazgos imagenológicos compatibles con AO. Analizamos las variantes epidemiológicas, el tratamiento realizado y el resultado obtenido.

Objetivos

El objetivo de la presentación es ilustrar los hallazgos clínico-imagenológicos de la AO y discutir las implicancias que este diagnostico tiene en el tratamiento.

Conclusión: La clasificación de AO basada sobre los hallazgos imagenológicos correlaciona con el pronóstico neurológico postoperatorio. Sin embargo, en nuestros dos pacientes, la cirugía fue indicada sobre la base de los hallazgos clínicos. El tratamiento conservador se reserva para los pacientes neurológicamente estables.

Utilidad de la discografía en el proceso diagnóstico del dolor lumbar discogénico. Inclusión de un nuevo criterio de evaluación para obtener una mayor especificidad.

Juan Carlos Acevedo González. (jacevedog@gmail.com) Neurocirujano especialista en Neurocirugía Funcional, Manejo de Dolor y Espasticidad. Jefe de la Unidad de Neurocirugía, Hospital Universitario de San Ignacio, Profesor Pontificia Universidad Javeriana. Miembro Consultor Sección de Neurocirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN

La discografía es un procedimiento muy antiguo que ha retomado vigencia en el diagnóstico del Dolor Lumbar Discogénico. Ante la dificultad diagnóstica de esta patología y las críticas frente a la técnica de este procedimiento consideramos la necesidad de reevaluar los parámetros analizados durante esta técnica y proponemos nuevos planteamientos.

OBJETIVOS

Evaluar los parámetros de análisis durante la discografía y mejorar la especificidad del procedimiento a partir de un nuevo elemento incluido en la técnica. Profundizar en la necesidad de un proceso diagnóstico estricto para poder confirmar la presencia de un Dolor Lumbar Discogénico.

MATERIALES Y METODOS

Fueron 10 pacientes a quienes se les realizó una Discografía diagnóstica por sospecha de un Dolor Lumbar Discogénico con ruptura en el anillo fibroso. Aquellos pacientes con Discografía positiva (incluyendo el nuevo parámetro) fueron sometidos a Terapia Térmica Intradiscal (IDET). El resultado clínico de estos pacientes se comparó con aquellos pacientes llevados al mismo procedimiento pero en quienes se había hecho previamente la discografía sin incluir ese nuevo elemento planteado por el autor.

RESULTADOS

Los pacientes que presentaron discografía positiva (incluyendo el nuevo parámetro de evaluación) presentaron mejores resultados en la Terapia Térmica Intradiscal que aquellos a los cuales no se les realizó la discografía con el nuevo parámetro. Incluso, de manera anecdótica, hubo pacientes que solo con el procedimiento discográfico obtuvieron mejoría hasta por un periodo de 8 meses.

DISCUSIÓN

La utilidad de la discografía en el proceso diagnóstico del DLD sigue siendo una controversia. El análisis de los resultados de este procedimiento generan frecuentemente dudas sobretodo relacionadas con la poca especificidad. Utilizar métodos más estrictos durante la técnica agregando elementos de análisis en el resultado final va a mejorar la especificidad de la técnica.

CONCLUSIONES

Realizar la discografía con una técnica pulcra, agujas delgadas y buenas imágenes radiológicas permite acortar el tiempo del procedimiento y favorece el resultado. Además de la morfología, volumen, presión y provocación de dolor, la aplicación de sustancias anestésicas intradiscales que produzcan mejoría completa del dolor por un periodo de al menos 24 horas es un elemento primordial que modificaría los resultados y mejoraría la especificidad.

Evolución clínica postoperatoria de 21 pacientes operados con implante de prótesis de disco lumbar.

Da Silva, Manuel; Onay, Daniel; Zea, Armando (zeagos@cantv.net)
Caracas, Venezuela.

Introducción

La discopatía degenerativa lumbar es una causa común de dolor e incapacidad. Diferentes modalidades de tratamiento quirúrgico son conocidas, pero recientemente ha surgido la técnica de artroplastia lumbar anterior, en la que el disco intervertebral degenerado es sustituido por una prótesis, el cual puede reestablecer la estabilidad, manteniendo la movilidad del segmento lumbar enfermo.

Objetivo

Presentamos nuestra experiencia preliminar en implante de prótesis total de disco, evaluando las complicaciones y la evolución clínica postoperatoria con mínimo seis meses de seguimiento.

Materiales y Método

Desde octubre de 2003 a junio de 2008 se operaron 21 pacientes con 25 niveles. Los niveles espinales fueron 8 en L4-L5 y 17 en L5-S1, de ellos 19 pacientes fueron de discopatía degenerativa y 2 con espalda fallida. Comparando

el preoperatorio con el postoperatorio en la evaluación clínica-funcional (VAS y Oswestri)

Resultados

19 pacientes (90.5%) pasaron de incapacidad severa a ser minimamente incapacitados desde el primer mes del post-operatorio hasta su última evaluación (desde el 6° mes hasta los dos años). Una paciente (4.8%) persistió con incapacidad moderada y la otra (4.8%) persistió con incapacidad severa. Con respecto a las complicaciones, un paciente presentó retardo de eyaculación sin llegar a eyaculación retrograda y una con sobredistracción radicular

Conclusiones

La técnica de colocación de prótesis discal resulta una buena alternativa quirúrgica para el tratamiento de la enfermedad degenerativa lumbar, pues encontramos mejoría importante del dolor y función lumbar en el post-operatorio mediato y tardío, con relativamente pocas complicaciones importantes.

Microforaminotomía posterior para o tratamento da hérnia discal cervical. Descrição da técnica e apresentação de dois casos

Fernando Schmidt; Carlos Umberto Pereira (umberto@infonet.com.br)
Aracaju – Sergipe, Brasil

Introdução

A radiculopatia cervical devido à hérnia discal cervical, é uma das patologias mais comuns da coluna vertebral. Esta patologia apresenta herniação discal em direção a região mediolateral do canal vertebral ou foraminal, comprimindo a raiz nervosa emergente. Seu tratamento é cirúrgico, quando não responde ao tratamento conservador ou apresenta déficit neurológico.

Pacientes e métodos

Dois pacientes do gênero masculino, sendo um com dor monoradicular C6/C7 à direita e parestesias no membro superior direito. Exame de TC/RM demonstravam compressão foraminal C6/C7, devido à hérnia discal extrusa.

O segundo caso com história de cervicobraquialgia crônica e dor monoradicular C6/C7 à esquerda. Exame de TC/RM apresentavam uma protusão foraminal C6/C7 a esquerda.

Resultados

Foram submetidos à microforaminotomía posterior ou cirurgia de Frykholm, com retirada do material discal extruso e apresentaram resultado excelente.

Conclusão

A cirurgia minimamente invasiva no tratamento de hérnia discal cervical foraminal, tem sido bastante utilizada e com resultados excelentes, fato este comprovado em nossos pacientes.

Vertebroplastia percutanea posteolateral en el tratamiento del dolor debido a fractura patologica de la columna vertebral

Da Silva, Manuel; Onay, Daniel y Zea, Armando
(zeagos@cantv.net)
Caracas, Venezuela. 2008

Introducción

Las fracturas patológicas de columna vertebral representan un gran problema debido al dolor en pacientes geriátricos donde es más frecuente. La técnica de vertebroplastia con polimetilmetacrilato (PMMA) ha reportado alivio inmediato del dolor.

Objetivo

evaluar el grado de mejoría de dolor en pacientes sometidos a este procedimiento en el post-operatorio inmediato (24 horas), así como también conocer sus complicaciones.

Materiales Y Métodos

Entre febrero 2003 a junio 2008, fueron intervenidos 95 pacientes de ambos sexos, realizando 169 niveles de vertebroplastia percutánea posterolateral con fractura patológicas debido a osteoporosis y metástasis tumoral, con clínica de dolor y con reducción mayor de 25% de altura de cuerpo vertebral. Los resultados se evaluaron utilizando la escala Odom, comparando la evolución postoperatoria a las 24 horas con respecto al preoperatorio.

Resultados

De un total de 95 pacientes, 35 fueron de un solo nivel de vertebroplastia, 32 de dos niveles, 25 de tres niveles y 3 de cuatro niveles. La unión toracolumbar (T11-L2) se realizaron 100 (59%), en torácica (T1-T10) fueron 24 (14%) y lumbar baja (L3-L5) fueron 45 (27%). El alta médica fue a las 8 horas. La media del tiempo quirúrgico fue de 15 minutos por nivel. Según la clasificación de ODOM, 76 pacientes excelente, 14 bueno y 5 sin mejoría clínica. No hubo diferencias significativas entre los resultados de la primera semana y el primer mes de postoperatorio. Las complicaciones fueron observadas en 8 pacientes; de ellas dos con neuritis intercostal, cuatro con nueva fractura en vértebra adyacente y dos con mielopatía moderada.

Conclusiones

La vertebróplastia percutánea posterolateral es un procedimiento rápido, con un alto índice de alivio del dolor en pacientes con fracturas osteoporóticas

Opciones para artrodesis lumbar minimamente Invasiva por via anterior

Emiliano Vialle, Luiz Roberto Vialle, Luis Felipe Carvalho, Pablo Godinho, William Contreras
(williamomarcontreraslopez@hotmail.com).
Grupo de Cirugía da Coluna, Hospital Universitário Cajuru, PUC-PR. Curitiba Spine Center.
Curitiba.Brasil

Objetivo

relatar la experiencia de los autores con el tratamiento de la patología degenerativa discal con artrodesis por vía anterior.

Pacientes e métodos

Los autores presentan cinco casos, tres con placa + espaciador intersomático y dos con espaciador intersomático autobloqueante, y una revisión de las ventajas y limitaciones de la técnica. Todos los pacientes tenían patología degenerativa discal confirmada por discografía positiva, y presentaban algún tipo de contraindicación para artroplastia lumbar, además de tratamiento conservador

por un mínimo de 6 meses. Todos fueron avaliados antes e depois da cirurgia utilizando a escala visual analógica de dor e a escala de Oswestry. Resultados

No hubo complicación asociada al procedimiento, y todos los pacientes presentaron consolidação intersomática a los 6 meses de acompañamiento. La escala del dolor mudo de 8 (préop) para 2 (pósop), e a escala de Oswestry mudou de 60% de incapacidade para 12%.

Conclusion

Las dos técnicas empleadas permitieron estabilidad suficiente para artrodesis por vía anterior, permitiendo la preservación de la musculatura paravertebral e del canal medular.

Hematomas subdurales crónicos tratados en el hospital universitario fundación santa fe de bogotá.

Dr. Germán Peña Quiñones. Neurocirujano Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Profesor Titular de Neurocirugía. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia Dr. George Chater Cure. Residente de Neurocirugía, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia Dr. Diego González Martínez. Interno Institucional Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia Dr. Juan Carlos Diez Palma. Neurocirujano. Fundación A. Shaio. Bogotá, Colombia Dr. Enrique Jiménez Hakim. . Neurocirujano. Jefe de Neurocirugía. Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Profesor de Neurocirugía. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia Dr. Fernando Hakim D. Neurocirujano Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Profesor de Neurocirugía. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia

Objetivo

En este trabajo se revisaron las Historias Clínicas de pacientes con diagnóstico de hematoma subdural crónico que fueron tratados en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá entre 31 de Marzo de 1983 y 31 de diciembre de 2007. Se estudiaron la sintomatología, sexo, edad de presentación y los diversos síntomas y signos de los pacientes. Además se estudiaron los factores de riesgo, el pronóstico y la prevalencia de resangrado y reintervención.

Material y Métodos

Se trata de un estudio descriptivo de un serie de casos donde se estudiaron las historias clínicas de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de Hematoma Subdural Crónico entre 31 de Marzo de 1983 y 31 de diciembre de 2007, y fueron llevados a cirugía. Se evaluaron la edad, el sexo, la sintomatología al ingreso, la localización del hematoma, la estancia hospitalaria y la incidencia de reintervención.

Resultados

Es una serie de 295 pacientes que se trataron con diagnóstico de hematoma subdural crónico en el Hospital

Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá ; el 76% de los pacientes fueron de sexo masculino con una edad promedio de 62 años. 43% de los casos fueron bilaterales y se presentó resangrado en el 11% de los operados.

Conclusión

Presentamos una serie de 295 pacientes con hematomas subdurales crónicos tratados entre 1983 y 2007, que en su mayoría ocurrió en pacientes de sexo masculino, con edad promedio de 62 años en los que los síntomas más frecuentes fueron cefalea y alteración cognitiva, 43% fueron bilaterales y requirieron reintervención en un 11% de los casos.

Correspondencia

Dr. Germán Peña Quiñones. Avenida 9 # 116-20 Consultorio 417, Teléfonos 2150341, 315 3464118 E mail germanpenamd@hotmail.com Dr. George Chater Cure. Avenida 9 # 116-20 Consultorio 417. Teléfonos 2150341, 300 3983172E-mail gchater@hotmail.com

Tratamiento con cirugía mínimamente invasiva para hematoma epidural cervical espontáneo. Reporte de caso y nota técnica

Dr Roberto Diaz (rocador@yahoo.com) (Profesor asistente de la Unidad de Neurocirugía del Hospital Universitario San Ignacio), Dr Manuel Vergara (Residente de último año de Neurocirugía, Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio)
País: Bogotá, Colombia

Resumen

El presente reporte describe una nueva alternativa para el tratamiento de los hematomas epidurales cervicales. Hacemos una revisión de la literatura y presentamos los

detalles de un caso, utilizando un abordaje posterior mínimamente invasivo para tener un acceso más fácil evitando lesión estructural y preservando las propiedades biomecánicas de la columna cervical.

Contribución a las investigaciones con uso de implante interespinoso

Carlos Zapater (czapater31@hotmail.com), Jefe del Servicio de Neurocirugía Hospital Fuerza Aérea del Perú
Perú

Introducción

El dolor de espalda es una de las causas más frecuentes de consulta médica, el implante interespinoso el cual se caracteriza por ser funcionalmente dinámico, no fusionado, esta indicado para casos de dolor de espalda crónico, hernias de núcleo pulposo, dolor en la parte baja de la espalda y los casos de estenosis espinal lumbar moderada o grave confirmada radiográficamente con un compromiso de elemento neural resultante en síntoma de claudicación y/o radiculares en uno o dos niveles, en la región de L1 a L5; la inestabilidad intraoperatoria después de la descompresión puede ser estabilizada mediante un procedimiento mínimamente invasivo que es la colocación de uno o más implantes interespinoso dependiendo cual fuera el caso. El presente estudio se llevó a cabo con 40 pacientes, provenientes del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, de los cuales 16 fueron del sexo femenino, 24 del sexo masculino, con sintomatología lumbar refractaria a tratamiento médico (más de seis meses), se optó por el implante interespinoso (aleación de titanio en forma de U). Después de colocado los síntomas desaparecieron considerablemente.

Objetivos General

Demostrar que el implante interespinoso reduce significativamente el dolor lumbar.

Objetivos Específicos:

Demostrar que el implante interespinoso permite a la columna vertebral reestabilizarse hacia su estado biomecánico natural, permitiendo así reequilibrar el

segmento de la columna y restableciendo la función anatómica natural.

Demostrar que el implante interespinoso permite la estabilización segmental, controlando el movimiento.

Demostrar que el implante interespinoso controlando el movimiento.

Demostrar que el implante interespinoso mantiene la altura foraminal.

Demostrar que el implante interespinoso permite la reducción de la tensión en las facetas articulares.

Método

El material empleado es un implante interespinoso funcionalmente dinámico no fusionado, el método empleado es descriptivo en un total de 40 pacientes, 16 de sexo femenino, 24 de sexo masculino, con patología lumbar (hernias de núcleo pulposo múltiple o simple, hipertrofia facetaria, estenosis de canal raquídeo, espondilolistesis grado I, grado II) refractaria a tratamiento médico (más de seis meses).

Resultados

Los resultados obtenidos son satisfactorios 39 pacientes respondieron al implante interespinoso satisfactoriamente, mientras que uno presentó una infección como consecuencia de una contaminación de SOP., actualmente recuperado.

Conclusiones

Los pacientes han conseguido un significativo alivio de sus síntomas, incluyendo una reducción del dolor de espalda.

Prevención de la fibrosis epidural postoperatoria en la cirugía de hernia discal lumbar 2000-2007

Arévalo Cesar (arevalo_cesar@hotmail.com), Muro Iván, Juliao José, Guzmán Rafael Hospital Dr. Israel Ranuárez Balza, Unidad de Emergencias Médicas Santa Rosalía, Policlínica San Juan, San Juan de Los Morros, Guárico, Venezuela
San Juan de Los Morros-Guárico, Venezuela

Objetivo

nuestra investigación es evaluar la prevención de la Fibrosis Epidural Postoperatoria (FEP) en la Cirugía de Hernia Lumbar en varios centros asistenciales en seis años.

Metodo

Enmarcado en el proceso metodológico de estudio retrospectivo multicéntrico randomizado conducido a una muestra de 270 pacientes de tres centros asistenciales 146 pacientes (54%) correspondió al sexo femenino; el grupo etario más afectado estuvo entre los 30-44 años correspondientes a 138 pacientes (51,1%). El espacio intervertebral que más se afectó fue L5-S1 en 110 enfermos (40,7%). Fueron randomizados en 3 grupos: pacientes con nulectomía sola, con nulectomía más drenaje paravertebral y/o injerto graso, con nulectomía + Adcon-Gel®.

Conclusão

Se concluyo que en los resultados no ha habido diferencia significativa entre los grupos estudiados, mostrando sin embargo un denominador común que fue la cirugía conservadora y mínimamente invasiva, poco agresiva y rigurosamente hemostática. La complicación más frecuente fue la fístula de liquido cefalorraquídeo (LCR) de bajo gasto en 23 pacientes (8%). Los pacientes con Adcon-Gel® presentaron el menor tiempo de hospitalización postoperatorio de 24 horas.

Palabras Claves

Nulectomía, Hernia Discal Lumbar, Adcon-Gel®, Fibrosis Epidural Postoperatoria, Síndrome de Espalda Fallida.

Experiencia y manejo de la hernia lumbar extraforaminal o extremo lateral

Alfredo Fuentes Dávila Martínez (Afdm74@hotmail.com), Javier Torres Márquez, Federico Valencia Lara
Lima, Perú

Introducción

Los términos "extra foraminal o lateral extrema (far lateral en ingles)" se utilizan para describir una forma de presentación anatómo quirúrgica de algunas hernias discales de localización lumbar, que comprimen a la raíz o nervio que sale del foramen en el mismo nivel del disco herniado y que lo describe Abdullah y sus colegas, [1] el usa el término "lateral extremo". y describió el síndrome clínico correspondiente, en el año 1974.

Este tipo de hernias son de conocimiento clínico mas frecuente, sin embargo en nuestro medio no son descritas y pueden plantear un desafío de diagnóstico y de manejo quirúrgico para los cirujanos de columna.

Método

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes portadores de hernia discal extra foraminal que fueron diagnosticados todos ellos por estudio de resonancia magnética, estos pacientes guardaban correlación con los síntomas presentados y el nivel de la lesión. La evaluación

radiológica consistió en un estudio simple de columna lumbo sacra y de resonancia de columna lumbo sacra, demostrándose la imagen de una hernia extraforaminal. En un paciente se requirió de tomografía con discografía para un diagnostico preciso de la lesion.

El tratamiento quirúrgico empleado fue con microcirugía, con una adecuada exposición y una buena visualización del campo operatorio, la técnica empleada en siete pacientes fue con un abordaje paramediano transmuscular e intertansverso a través de una insición de 3.5cm de longitud y a cinco cm. de la línea media. Figura 3 (6).

En un paciente se hizo un abordaje medial, con exposición lateralizada hasta ver la faseta articular ,haciéndose hemilaminectomía y por vía extraforaminal con drilado y fasetectomía parcial externa, respetando las carillas articulares

Resultados y Discusión

El número de pacientes con hernia extra foraminal fueron 9, correspondiendo al 4.76% del total.

La técnica operatoria con microcirugía fue positiva y de buenos resultados para la demostración de las hernias descritas, en ocho casos se encontraron hernias extraforaminales y en un paciente fue foraminal y extra foraminal.

Los resultados quirúrgicos fueron excelentes con desaparición del dolor en ocho casos, un paciente presentó mejoría en forma parcial y después de 6 semanas presentó una lenta desaparición del dolor.

Tres pacientes requirieron de tratamiento de rehabilitación por el déficit motor que presentaron. No hubo complicaciones infecciosas de disquitis o de la herida operatoria.

Conclusión

Las hernias extraforaminales tienen una relativa frecuencia de presentación y en nuestro medio no se describen porque probablemente no se sospechan de ellas.

La resonancia Magnética es el examen con menos riesgo de falsos negativos. En los casos desospecha, donde no se diferencian del músculo psoas, debe realizarse la tomografía con discografía (15)

El abordaje paramediano y micro quirúrgico es una técnica excelente, con mejores ventajas que la vía medial. El abordaje mínimamente invasivo con endoscopia es igualmente una excelente alternativa.

BIBLIOGRAFIA

1 - Abdullah AF, Ditto EW III, Byrd EB, et al: Extreme-lateral lumbar disk herniations. Clinical syndrome and special problems of diagnosis. *J Neurosurg* 41:229--234, 1974. •

2 - Abdullah AF, Wolber PGH, Warfield JR, et al: Surgical management of extreme lateral lumbar disc herniations: review of 138 cases. *Neurosurgery* 22:648--653, 1988. • 3 - Epstein NE, Epstein JA, Carras R, et al: Far lateral lumbar disc herniations and associated structural abnormalities. An evaluation in 60 patients of the comparative value of CT, MRI, and myelo-CT in diagnosis and management. *Spine* 15:534--549, 1990. • 4 - Epimenio, Ramundo Orlando; Giancarlo, D'Andrea; Giuseppe, Trillo; Raffaelino, Roperto; Luigi, Ferrante Extraforaminal Lumbar Herniation: "Far Lateral" Microinvasive Approach Retrospective Study. *Journal of Spinal Disorders & Techniques*. 16(6):534-538, December 2003. • 5 - Maroon JC, Kopitnik TA, Schulhof LA, et al: Diagnosis and microsurgical approach to far-lateral disc herniation in the lumbar spine. *J Neurosurg* 72:378--382, 1990. • 6 - Y M Ryang, I Rohde, A Ince, M F Oertel, J M Gilsbach and V Rohde. Lateral transmuscular or combined interlaminar/paraisthmic approach to lateral lumbar disc herniation? A comparative clinical series of 48 patients. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry* 2005;76:971-976. • 7 - Jackson RP, Glah JJ. Foraminal and extraforaminal lumbar disc herniation: diagnosis and treatment. *Spine*.

1987 Jul-Aug;12(6):577-85. • 8 - Bonneville, J.F.: La carte image des hernies discales lombaires. *Rachis* 2: 255-257, 1990. • 9 - Manuel Duffoo Olvera, * Manuel Dufoo Villegas,** Mario Adalberto Preciado Salgado. Criterios de tratamiento de la hernia discal aislada y de hernias discales múltiples Ortho-tips : Volumen 1, Número 2 Oct.-Dic. 2005. • 10 - Kevin T. Foley, M.D., Maurice M. Smith, M.D., and Y. Raja Rampersaud, M.D. Microendoscopic approach to far-lateral lumbar disc herniation. *Neurosurg Focus* 7 (5):Article 5, 1999. • 11 - Kotilainen E and cols. Microsurgical treatment of lumbar disc herniation: follow up of 237patients. *Acta Neurochir Wien*.1993; 120(3-4):143-9. • 12 -Lacerda G A J; Hernández GO; Díaz AJ. Tratamiento micro quirúrgico en la hernia discal. *Rev Cubana Ortop Traumatol*.1999; 13(1-2):64-8. • 13 - Darden BV II, Wade JF, Alexander R, et al: Far lateral disc herniations treated by microscopic fragment excision. Techniques and results. *Spine* 20:1500-1515, 1995. • 14 - Garrido E, Connaughton PN: Unilateral facetectomy approach for lateral lumbar disc herniation. *J Neurosurg* 74:754--756, 1991. • 15- Angtuaco EJC, Holder JC, Boop WC, et al. Computed tomographic discography in the evaluation of extreme lateral disk herniation. *Neurosurgery* 1984;14:350-2.



Estabilización vertebral pedicular para el tratamiento de patología oncológica del raquis

Dr. Marcelo López, Dr. Mario Alberto Rott
Argentina

MATERIAL Y METODOS

Desde Septiembre de 2002 a diciembre del 2007 se trataron 21 pacientes con patología oncológica del raquis utilizando estabilización posterior pedicular. Se incluyeron 14 mujeres y 7 varones, presentando patología primaria 5, y secundaria 16. La lesión primaria más frecuente fue el mieloma y la secundaria más frecuente fue el carcinoma de mama. La mayor cantidad de pacientes se trató por vía posterior únicamente.

Veinte pacientes tuvieron pronto alivio del dolor; 20 pudieron caminar prontamente, 2 con ayuda de ortesis y

muletas, y uno presentó paraplejía 1 mes más tarde. Se presentaron 4 infecciones que resolvieron, y 1 pseudoartrosis. No se registraron óbitos intraoperatorios.

CONCLUSIÓN

La estabilización vertebral pedicular es una herramienta muy útil para el tratamiento de la patología oncológica de la columna vertebral, ya sea como tratamiento único o como complemento de una descompresión y estabilización anterior

Presentacion proco frecuente de hernias de disco cervicales multiples. Tratamiento multidisciplinario. Revision bibliografica.

Dr. Mario Alberto Rott (Médico Neurocirujano),
Dr. Marcelo López (Médico Ortopedista), Dr.
Manuel Villar (Médico Cirujano).
Argentina

MATERIAL Y METODOS:

Nosotros presentamos un caso poco frecuente de discopatía cervical alta asociada a discopatías bajas, que fue tratado por un equipo médico multidisciplinario y en dos tiempos. Hicimos una revisión bibliográfica de los últimos diez años, pero no encontramos ninguna cita al respecto.

Se trataba de un paciente de sexo masculino, 63 años de edad que padecía una cuadriparesia progresiva de más de un año de evolución. La Resonancia Magnética Nuclear mostró una enfermedad discal grave a nivel C2-C3 y señales de mielomalacia. Nosotros también pudimos ver una estenosis del canal cervical. Con estos resultados, nosotros concluimos que la sintomatología era secundaria al disco herniado a nivel C2-C3 y decidimos hacer un

abordaje anterior de la columna cervical como primer paso, considerado un abordaje posterior para un segundo tiempo, dependiendo de la evolución del paciente.

Con la ayuda de un Cirujano General, nosotros hicimos un abordaje submandibular lateral derecho y discectomía a dicho nivel. Luego de un año de evolución satisfactoria, el paciente desarrolló cuadriparesia nuevamente, por lo que lo abordamos por vía posterior, obteniendo nuevamente marcada mejoría de los síntomas del paciente.

CONCLUSION

Pensamos que no hemos encontrado bibliografía, dado que no se trata de una patología de frecuente presentación.

Inestabilidad espinal en patología tumoral

Andrés Cervio (acervio@fleni.org.ar), Santiago Condomí Alcorta, Rubén Mormandi, Natalia Roura, Pablo Marino y Jorge Salvat. Instituto FLENI Buenos Aires, Argentina

Objetivos

La patología tumoral raquídea puede generar inestabilidad espinal por afectación directa de las estructuras osteo-ligamentarias o secundariamente al abordaje quirúrgico siendo necesaria la instrumentación quirúrgica.

Materiales y Método

Se evaluaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes operados de lesiones tumorales espinales que requirieron instrumentación. Se analizaron las variables de edad, sexo, localización de la lesión, histología tumoral, tipo de instrumentación y complicaciones de la misma.

Resultados

Veinte pacientes con lesiones tumorales espinales fueron operados durante el período Enero 2003- Abril 2008. Las localizaciones fueron cervicales en 6 casos, dorsales en 9, lumbares en 4 y sacro en 1 paciente. Las lesiones tumorales más frecuentes fueron: metástasis, cordomas y

schwannomas. Dos pacientes (10%) fueron reintervenidos por progresión tumoral. Un paciente (5%) con metástasis dorsal operado por abordaje anterior requirió artrodesis posterior debido a pseudoartrosis. Todos los pacientes utilizaron sistemas de inmovilización hasta la consolidación ósea.

Conclusión

La definición de inestabilidad espinal en el contexto de patología tumoral sigue siendo controvertida. Los criterios de inestabilidad traumática no pueden ser aplicados directamente debido a que las lesiones tumorales afectan al hueso, disco y ligamentos en distinto grado pudiendo generar riesgo de colapso vertebral. Las estructuras más importantes para la estabilidad son el cuerpo vertebral junto a la articulación costovertebral a nivel dorsal y al pedículo a nivel lumbar. La inestabilidad preoperatoria o secundaria al abordaje quirúrgico requiere instrumentación posterior a la remoción del tumor. El agregado de artrodesis ósea se realiza en casos de expectativa de vida mayor a 6 meses.

Artrodesis lumbar circunferencial mínimamente invasiva: estudio prospectivo con dos años de seguimiento.

Emiliano Vialle, Luiz Roberto Vialle, Luis Felipe Carvalho, Pablo Godinho, William Contreras (williamomarcontreraslopez@hotmail.com). Grupo de Cirugía da Coluna, Hospital Universitário Cajuru, PUC-PR. Curitiba Spine Center. Curitiba, Brasil

Objetivo

Relatar la experiencia de los autores con el tratamiento de la patología degenerativa discal con artrodesis circunferencial mínimamente invasiva.

Pacientes e métodos

30 pacientes fueron sometidos a artrodesis circunferencial con espaciador intersomático por vía anterior y tornillos translamino/facetarios por vía posterior. Todos los pacientes tenían patología degenerativa discal confirmada por discografía positiva, y presentaban algún tipo de contraindicación para artroplastia lumbar, además de una falla en el tratamiento conservador por un mínimo de 6 meses. Todos fueron evaluados antes y después de la cirugía utilizando a escala visual analógica de dor e a

escala de Oswestry, além de uma escala de satisfação com o tratamento (de 0 a 10 pontos). Resultados

huvo 2 complicações associadas al procedimento, siendo una lesion vascular, reparada no transoperatório, e um caso de ejaculação retrógrada transitória, y todos los pacientes presentaron consolidación intersomática a los 6 meses de acompanhamento. La escala del dolor mudou de 9.1 (préop) para 2.3 (pósop), y la escala de Oswestry mudo de 47% de incapacidade para 18%. La taxa de satisfação, despues de dos anos de seguimento, foi de 9.2

Conclusion

La artrodesis circunferencial, utilizando métodos mínimamente invasivos, permite la consolidación intersomática Buenos índices de recuperación funcional.

Patología de sacro en tres centros hospitalarios de bogota

Miguel Saenz Amuruz (saenzmig@yahoo.com).
Residente Neurocirugía Hus. Pedro Penagos,
Dr. Mauricio Riveros, Dr Leonardo Laverde.
Neurocirujanos
Bogotá, Colômbia

Objetivos

Dar a conocer la frecuencia de patología sacra en neurocirugía, así como manejo y resultados.

Materiales Y Métodos

Pacientes que son ingresados para valoración por neurocirugía en consulta externa y urgencias de neurocirugía, con hallazgos en columna sacra., definidos en junta de neurocirugía.

Resultados y conclusiones

Se evaluaron patologías múltiples, con mayor incidencia lesiones de origen traumático, luego de origen neoplásico. La patología sacra traumática conlleva mayor posibilidad subdiagnostica, prolongando el manejo oportuno. Las lesiones sacras neoplásicas se diagnostican en estadios avanzados.

Referencias

1. Cheng ey, ozerdemoglu ra, transfeldt ee, et al. Lumbosacral chordoma. Prognostic factors and treatment. Spine 1999;24(16):1639-45. • 2. Mcpherson cm, suki d, mccutcheon ie, et al. Metastatic disease from spinal chordoma: a 10-year experience. J neurosurg spine 2006;5:277-80. • 3. Emami a, deviren v, berven s, et al. Outcome and complications of long fusions to the sacrum in adult spine deformity: luque-galveston, combined iliac and sacral screws, and sacral fixation. Spine 2002; 27:776-86. • 4. Dennis f, davis s, comfort t. Sacral fractures: an important problem. Retrospective analysis of 236 cases. Clin orthop 1988; 227 : 67-81. • 5. Disler dg, miklic d. Imaging findings in tumors of the sacrum. Ajr am j roentgenol 1999;173(6): 1699-706.

Diastematomielia. A propósito de un caso

Cabrera M. Jesús A. (jesusalbertocabrera@gmail.com);
Trompiz G. Gavrik H.; Arocha S. Katerina I.
Valencia Edo. Carabobo, Venezuela

Objetivos

La diastematomielia consiste en la separación de la médula por un tabique óseo o cartilaginoso. Puede existir una sola cubierta dural y aracnoidea para ambas médulas o estar separadas. En ambos casos la médula esta anclada. Ocasionalmente se asocia con otras malformaciones como lipomas, meningoceles o mielomeningoceles; con trastornos de piel, como hipertriosis o angiomas cutáneos; y el síntoma principal es dolor, pudiendo existir pérdida de fuerza y deformidad de miembros inferiores. Es más frecuente en niñas. Su tratamiento es quirúrgico y constituye el objetivo de este trabajo.

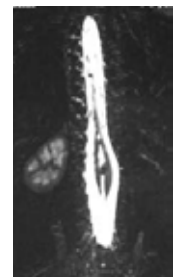
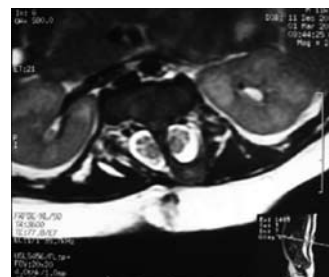
Método, Resultados y conclusiones

Masculino de 5 meses de edad, consulta por presentar aumento de volumen e hipertriosis a nivel lumbar. Al examen físico, desarrollo acorde a la edad, miembros inferiores simétricos, movilidad conservada, lesión redondeada de 7 cm. de diámetro, blanda pediculada, con área de hipertriosis. Se indica RMN de columna lumbosacra, evidenciando 2 hemimédulas a nivel de T12-L1 con tabique óseo, asociado a lipoma. Se decide su resolución quirúrgica en la cual se reseca lesión lipomatosa superficial, diéresis por planos evidenciándose una apófisis

espinosa deforme que se continuaba con las láminas vertebrales. Se realiza la exéresis de la misma hasta evidenciar la presencia de dos hemimédula con dos cubiertas durales separadas a ambos lados del tabique óseo, con unión por debajo del mismo. Se reseca el tabique óseo hasta su parte basal ubicada en la cara posterior del cuerpo vertebral con liberación de la médula. Actualmente el paciente se encuentra en buenas condiciones realizando sus primeros pasos.

REFERENCIAS

1. Matson DD, Woods RP, Campbell JB, Ingraham FD. Diastematomyelia (congenital clefts of the spinal cord). Pediatrics 1950; 6:98. • 2. Humphreys RP, Hendrick EB, Hoffman HJ. Diastematomyelia. Clin Neurosurg 1983;30:436.



Tratamiento quirúrgico de la espondilolistesis lumbo-sacra del adulto

Valencia Maldonado Carlos (cabertovm@yahoo.es), Ojellon, Maximino Rodríguez, Pons Daniel
Las Palmas de Gran Canaria, España

OBJETIVO

Demostrar la utilidad del tratamiento quirúrgico en Espondilolistesis, lumbo-sacra, mediante laminectomía descompresiva y fusión del nivel vertebral afectado y del suprayacente.

MATERIALES Y METODOS

Se revisaron un total de 103 casos, tratados quirúrgicamente en nuestro servicio entre 2004 y 2007. La técnica quirúrgica empleada fue laminectomía descompresiva mas fusión posterolateral in situ con instrumentación pedicular, en la mayor parte de los casos del nivel afectado y del superior. Los casos fueron revisados para valorar dolor, rigidez, presencia de signos neurológicos y reincorporación a su trabajo habitual. Desde el punto de vista radiológico se determino crecimiento óseo y porcentajes de deslizamiento y alteraciones discologumentosas del nivel adyacente.

RESULTADOS

Fueron intervenidos 54 casos (52,4 %) de Espondilolistesis degenerativa, 43 casos (41,7%) itsmica, 4 (3,8%) postquirúrgica y 2 (1,9%) displásica. Respecto a la clasificación de Meyerding, 54 casos (39,8%) fueron grado I, 41(39,8%) grado II, 8(7,7%) grado III y ninguno del grado IV.

Se observaron alteraciones discologumentarias del segmento adyacente previo a la cirugía en el 67% de los casos.

La edad media fue de 54 años, el 62 % de casos mujeres y el 38% varones. En cuanto a los resultados clínicos, en el 62 % de los casos el dolor lumbar desapareció, en el 22% mejoro y en el 16% no se altero. La ciatialgia presente en el 89% de los casos, desapareció en el 83% de los pacientes, mejoro en el 12% y en un 5 % permaneció igual. El 38% de los pacientes retornaron a su trabajo habitual, 35% cambiaron de trabajo y 27% no volvieron a laborar. 9 pacientes (8,7%) presentaron infección y seroma de los cuales 2 casos fueron profundas y necesitaron de lavado y retiro del material de osteosintesis. La radiculopatía motora secuelar se presento en 2 pacientes (1,9%). La pseudoartrosis con fractura del tornillo se presento en 2 pacientes (1,9%). Malposición de tornillo en el 13,5 % con un 3% requiriendo reposición por repercusión clínica. Se observo crecimiento óseo en el 87%.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La muy frecuente presencia de alteraciones discologumentarias en el nivel superior unida a la idea de la mayor desestabilización de la columna lumbo-sacra al realizar la laminectomía descompresiva hacen pensar en artrodesar el nivel adyacente a la Espondilolistesis. En nuestra casuística obtuvimos resultados satisfactorios, extendiendo la fusión al nivel suprayacente sin provocar mayor rigidez.

Complicações médicas do traumatismo raquimedular

Carlos Umberto Pereira (umberto@infonet.com.br),
Luciana Franco do Prado de Carvalho, Egmond Alves Silva Santos, Carlos Henrique de Araújo Carvalho Júnior
Aracaju – Sergipe, Brasil

Introdução

O traumatismo raquimedular (TRM) resulta de lesões por forças mecânicas aplicadas à coluna espinhal de intensidade suficiente para lesar o canal vertebral. Acomete preferencialmente, a coluna cervical com 56% dos casos, seguida por lesões na transição toraco-lombar e lombar. Afeta principalmente o gênero masculino e predomina na faixa etária entre 20 e 40 anos de idade. O TRM tem sido considerado uma das principais causas de morte entre a população jovem. As complicações médicas decorrentes do TRM são várias, porém, a principal é a pulmonar.

Pacientes e métodos

Foram estudados retrospectivamente 40 pacientes portadores de complicações médicas decorrentes de TRM.

Resultados

As complicações pulmonares foram as mais frequentes, seguidas de genitourinárias, cardiovasculares e pele.

Conclusões

A causa mais comum de óbito em pacientes com TRM é a pneumonia. Entretanto, outras complicações podem estar presentes. Sua identificação precoce e um tratamento adequado tem apresentado bons resultados.

Correlacion clinica y radiologica de la discografia lumbar

Clinical and Radiological correlation of lumbar discography

Emiliano Neves Vialle 1, Luiz Roberto Gomes Vialle1, William Omar Contreras Lopez 2 (williamomarcontreraslopez@hotmail.com) 1-Grupo de Cirurgia de Coluna, Hospital Universitário Cajuru, Pontifícia Universidade Católica do Paraná. 2- Residente de Neurocirugía/cirugía de columna, AO Spine Latin América. Curitiba, Brasil

INTRODUCCION

La discografía es un procedimiento diagnóstico invasivo que, desde su introducción en la práctica médica, ha sido objeto de muchos estudios en la literatura. Sus correlaciones clínicas y radiológicas son la principal fuente de polémica y aun se necesitan estudios para definir sus relaciones.

OBJETIVO

Correlacionar datos clínicos y de imagen con la respuesta a la discografía en pacientes portadores de dolor lumbar crónico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Fueron realizadas 33 discografías en 20 pacientes con dolor lumbar crónico entre diciembre 2007 y febrero del 2008. Todos los exámenes fueron realizados en la columna lumbar entre L3 y S1. La valoración previa consto de un examen clínico y radiológico a través de un protocolo que contenía datos de la anamnesis, escala visual de análoga del dolor (VAS), cuestionario funcional (Oswestry) y hallazgos en la resonancia magnética (RNM). Para determinar la positividad de la discografía, fueron utilizados los criterios de Walsh es decir la respuesta dolorosa del paciente y la imagen obtenida luego de la inyección del contraste. En el análisis estadístico, se uso el test chi-cuadrado, considerándose como diferencia estadísticamente significativa un valor $p < 0,05$.

RESULTADOS

De los 33 discos examinados, 14 exámenes fueron positivos y 19 negativos. La edad media de los pacientes con discografía positiva fue de 40,7 años (25-56 años) y para discografía negativa 43,14 años (30-55 años). El sexo masculino tuvo una incidencia de positividad de 43,47% y

el sexo femenino de 40%. En relación a la queja principal, Los pacientes con dolor lumbar asociado a ciática tuvieron discográfica positiva en 87,5% de los casos, mientras que los pacientes que solo tenían lumbalgia, 50% ($p=0,008$). En cuanto al número de episodios previos de agudizaciones de dolor lumbar, la incidencia de positividad en la discografía cuando el paciente tenia mas de 4 episodios previos de dolor fue de 88,9%, y de 50% ($p=0,004$) en los que tenían entre 1 a 4 episodios previos de dolor. La escala visual análoga de dolor (VAS) media en la discografía positiva fue de 7,08 y en la negativa 7,71. El Oswestry medio en la discografía positiva fue de 37,53 y en la negativa 44,57. En relación a los hallazgos radiológicos de la RNM y de la discografía, fue evidenciada una positividad de 80% en los discos con HIZ ($p=0,045$) y de 75% en los discos con alteraciones de Modic ($p=0,083$). En la discografía, el volumen medio de contraste inyectado en el disco fue de 1,75 ml en las discografías positivas y de 2,18 ml en las discografías negativas ($p=0,1858$). El endpoint (denominación dada a la resistencia o no a la inyección del contraste dentro del disco) fue valorado como con o sin resistencia. los exámenes con resistencia tuvieron menor tasa de discografía positiva (31,58%, $p=0,0143$).

CONCLUSIONES

Los autores concluyen que los pacientes con queja principal de dolor lumbar asociado a ciática, que tuvieron mas de 4 episodios de agudizaciones previas de dolor lumbar y la presencia de HIZ en la RNM tienen mayor incidencia de positividad en la discografía. En la discografía, el endpoint con resistencia tiene mayor incidencia de discos asintomáticos. A pesar de no tener diferencia estadísticamente significativa, existe una fuerte asociación entre alteraciones de Modic con discografía positiva, siendo necesario un estudio con mayor número de pacientes.

Técnica mínimamente invasiva para fijación posterior c1-c2 con sistema de tornillos y barra. Reporte de casos, descripción de la técnica y anatomía quirúrgica

Luís M. Villalobos MD**
(luhovillalobos@yahoo.com); Roberto C. Díaz, MD*; Miguel E. Berbeo, MD***; Juan Carlos Acevedo, MD***; Oscar Feo, MD***.
Bogotá, Colombia

Resumen

La articulación C1-C2 es afectada por múltiples entidades que en determinado momento pueden producir inestabilidad. El manejo ideal de la inestabilidad atlantoaxial ha sido buscado mediante diversas técnicas quirúrgicas, con diferentes resultados, lo que genera discusión en cuanto a las ventajas y desventajas de un manejo en especial.

Objetivos

Revisar la anatomía quirúrgica de la articulación atlantoaxial, Proponer una técnica mínimamente invasiva de fusión C1-C2 mediante tornillos transmasa lateral C1 y transpediculares C2, descripción de dos casos clínicos y de la técnica quirúrgica.

Materiales Y Métodos

Se reportan dos pacientes con diagnóstico de inestabilidad atlantoaxial de causa traumática uno e inflamatoria el otro, en los que se utilizó la técnica con resultados satisfactorios durante el seguimiento clínico y de imágenes.

Resultados

No se presentaron complicaciones, en controles de TAC a los 6 meses postquirúrgicos se confirmó adecuada fusión y estabilidad de la construcción.

Conclusiones

Las técnicas mínimamente invasivas en el manejo de la patología de columna, permiten brindarle a nuestros pacientes opciones menos mórbidas con resultados iguales o superiores a las técnicas convencionales

Referencias

1. Menendez J, Wright N. Techniques of posterior C1-C2 stabilization. *Neurosurgery*, 2007; 60 (suplemento 1): 103-111.
2. Harms J, Melcher R. Posterior C1-C2 fusion with poliaxial screw and rod fixation. *Spine*, 2001; 26: 22, 2467-2471.
3. Yoshida M, Neo M, Fujibayashi S, Nakamura T. Comparison of the anatomical risk for vertebral artery injury associated with the C2 pedicle screw and atlantoaxial transarticular screw. *Spine*, 2006; 31: 15, 513-517.
4. Reilly T, Sasso R, Hall P. Atlantoaxial stabilization: clinical comparison of posterior cervical wiring technique with transarticular screw fixation. *J Spinal Disord Tech*, 2003; 16: 3, 248-253.
5. Claybrooks R, Kayanja M, Milks R, Benzel E. Atlantoaxial fusion: a biomechanical analysis of two C1-C2 fusion techniques. *The Spine Journal*, 2007; 7: 682-688.
6. Joseffer S, Post N, Cooper P, Fremong-Boadu A. Minimally invasive atlantoaxial fixation with polyaxial screw-rod construct: technical case report. *Neurosurgery*, 2006; 58 (suplemento 2): ONS-375.

Artrodesis anterior de la columna cervical sin placa, técnica "stand alone" con caja de fusión intervertebral y sustituto óseo para el manejo de la enfermedad espondilótica cervical

Luís M. Villalobos MD**
(luhovillalobos@yahoo.com); Roberto C. Díaz, MD*; Miguel E. Berbeo, MD***; Juan Carlos Acevedo, MD***; Oscar Feo, MD***.
Bogotá, Colombia

Objetivos

Evaluar la utilidad de la Técnica Quirúrgica de Artrodesis Cervical Anterior Stand Alone con Implantes Intervertebrales de PEEK y tricalcium fosfato con aspirado de médula ósea, en lo referente a tiempo quirúrgico, comorbilidades y evolución postquirúrgica clínica y radiológica, comparado con la técnica tradicional de Artrodesis con Injerto de Cresta Iliaca con placa cervical anterior, para el manejo de la patología espondiloartrósica de columna cervical que requiere discectomía cervical anterior y artrodesis.

Materiales Y Métodos

Criterios de inclusión fueron: 1) Pacientes con mielopatía clínica severa

o progresiva con concordancia radiológica de estenosis del canal espinal de predominio ventral, 2) Pacientes con radiculopatía clínica severa o progresiva con concordancia radiológica de compresión radicular. Los criterios de exclusión fueron aquellos pacientes con mielopatía compresiva únicamente por componentes posteriores, pacientes con inestabilidad de los componentes posteriores de la columna cervical. A todos los pacientes además se les realizaron test de funcionalidad prequirúrgicos: el Neck Disability Index (NBI), la escala visual análoga (Visual Analogue Scale: VAS), el Test de Graduación de la Intensidad del Tratamiento, el Cuestionario de Resultados de Cirugía Vertebral ODOM, y la encuesta de salud SF 36, con el fin de evaluar en ese momento el dolor y la funcionalidad. Estas pruebas se repitieron a los 3 meses de postquirúrgico. A todos los pacientes se les evaluó en el preoperatorio con imágenes de RMN cervical y Rx de columna cervical, fueron evaluados nuevamente radiológicamente en el postquirúrgico inmediato y en el primer tercer y sexto mes postoperatorio.

Todas las cirugías fueron realizadas por el mismo equipo de neurocirujanos, según la técnica descrita.

Resultados:

En total fueron 18 niveles (15 pacientes). El promedio de edad fue 64,4 años, mujeres el 36,36% y hombres el 63,63%, con un promedio de tiempo de evolución de los síntomas de 23,27 meses. El promedio de tiempo quirúrgico fue alrededor de 80,28 minutos por nivel, el promedio de sangrado para un nivel fue 13,14 ml y 212,5 ml para dos niveles. Sólo se presentó una complicación en

el postquirúrgico dada por disfagia severa en un paciente que desarrolló edema de tejidos blandos retrofaringeos, sin compromiso de vía aérea. No se presentaron complicaciones relacionadas con el implante como migración o subsidencia. Tampoco tuvimos ninguna lesión del laríngeo recurrente. El promedio para la evaluación del dolor en la VAS prequirúrgica fué de 7,62 mientras que en el posquirúrgico fue de 4,12. El promedio de calificación para el NDI en el prequirúrgico fue de Severo (43%) mostrando una reducción a Moderado (26%) en el postquirúrgico a los 3 meses. La calificación en el cuestionario ODOM fue Excelente en 3 pacientes (27,3%), Bueno en 5 pacientes (45,4%) y Regular en 3 pacientes (27,3%), no se reportaron resultados Malos. El Test de Graduación de la Intensidad del Tratamiento reportó en el preoperatorio un promedio de 43% y mejoró a 28% en el postoperatorio. Con respecto a la encuesta SF 36, en los ocho ítems evaluados se mostró una mejoría en todos los pacientes intervenidos, en la Función Física mejoró de un 34,09% en el preoperatorio a un 56,3% en el postoperatorio, en la Salud General mejoró de 51,8% a 60,4%, siendo el parámetro que menos mejoró, esto lo atribuimos a las comorbilidades de los pacientes. En el ítem de Dolor Corporal se mostró una mejoría del 38,38% al 58,57%, Rol Físico mejoró del 0% al 45,45% y Rol Emocional del 9,03% al 57,51%, siendo estos dos los parámetros que más mejoraron. La Función Social también mejoró de 53,4% a 78,41% en los tres meses de postoperatorio. La Vitalidad mejoró de un 42,73% a 63,18%, así como la Salud Mental pasó de un 59,09% a 72,09%. En términos generales todos los pacientes mejoraron, pero la tasa de mejoría encontramos fue mayor en los pacientes intervenidos de un solo nivel.

Conclusiones:

La artrodesis cervical Stand-Alone con caja cervical de PEEK y tricalcium fosfato es una alternativa importante para el manejo de la enfermedad espondiloartrósica cervical. El estudio reporta resultados en las escalas funcionales y de dolor Neck Disability Index, SF- 36, Test de Graduación de la Intensidad del Tratamiento y cuestionario ODOM satisfactorios. La mejoría fue mayor en los pacientes intervenidos en un nivel. No se presentaron complicaciones infecciosas, ni complicaciones relacionadas con el implante, y muchos menos en relación con el sitio de toma del injerto.

Referencias

1. Connolly P, Esses S, Kostuik J. Anterior Cervical Fusion: Outcome Analysis of Patients Fused with and without Anterior Cervical Plate. *Journal of Spinal Disorders* 1996; 9: 202-206. • 2. Der-Yang Ch, Wen-Rei L, Wen-Yen L, Jung-Tung L, Chung-Lian Ch, Pon-Chun Sh. Preliminary Experience Using a Polyetheretherketone (PEEK) Cage in the Treatment of Cervical Disc Disease. *Neurosurgery* 2002; 51: 1343- 1350. • 3. Banco S, Jenis L, Tromanhauser S, Rand F, Banco R. The Use of Cervical Cages for Treatment of Cervical

Disc Disease. *Current Opinion in Orthopaedics* 2002, 13: 220-223. • 4. Der-Yang Ch, Wuen-Yen L, Pon-Chun Sh, Chun-Chung Ch. Cage Containing a Biphasic Calcium Phosphate Ceramic (Triosite) for the Treatment of Cervical Spondylosis. *Surgical Neurology* 2005; 63: 497- 504. • 5. Kitchel S, Wang M, Laurysen C. Techniques for Aspiration Bone Marrow for Use in Spinal Surgery. *Neurosurgery* 2005; 57 (Suppl.): 286- 289. • 6. Shimamoto N, Cunningham B, Dmitriev A, Minami A, McAfee P. Biomechanical Evaluation of Stand-Alone Interbody Fusion Cages in the Cervical Spine. *Spine* 2001; 26: 19, E432- E436.

Bloqueo radicular cervical via transforaminal en el manejo da hérnia discal cervical

Emiliano Vialle, Luiz Roberto Vialle, Luis Felipe Carvalho, Pablo Godinho, William Contreras (williamomarcontreraslopez@hotmail.com). Grupo de Cirurgia da Coluna, Hospital Universitário Cajuru, PUC-PR. Curitiba Spine Center. Curitiba, Brasil

Objetivo

Relatar a experiência dos autores en el control del dolor radicular secundario a hérnia discal cervical, utilizando bloqueo anestésico transforaminal.

Pacientes e métodos

Los autores siguieron, de modo prospectivo, 40 pacientes portadores de hérnia discal cervical causando cervicobraquialgia. Los criterios de inclusion fueron: dolor radicular mayor que cervical; falla del manejo conservador inicial, que incluía fisioterapia, acupuntura e medicaciones por via oral; duracion máxima do quadro de oito semanas. Los pacientes fueron valorados segun el dolor utilizando la escala analógica del dolor (1 a 10 puntos) antes del procedimiento, y semanalmente durante un mês, y mensualmente hasta el tercer mes. En caso de que hubiese retorno progresivo del dolor, un nuevo bloqueo anestésico era realizado

Resultados

32 pacientes estavam assintomáticos despues de el 3º mês de tratamiento, siendo que 30 precisaron de um bloqueo y 2 de dos bloqueos. De los 18 pacientes que necesitaron de cirurgia, 8 optaron por no realizar el segundo bloqueo y realizar cirurgia por la intensidad da dor. Dentre os 12 pacientes que realizaram o 2º bloqueio, apenas dois evitaron la cirurgia. Huvo 5 complicações transitórias: dois casos de ronquido, un hematoma cervical, e dois pacientes que desmaiaram após

o procedimento, não heviendo necessidade de intervenção para a resolução destes. No houve ninguna alteracion neurológica asociada ao procedimento.

Conclusion

Los bloqueos anestésicos transforaminais son una alternativa eficaz e segura em el control de la cervicobraquialgia secundaria

Evaluación de la discectomía lumbar por vía extraforaminal - estudio cuantitativo en cadáveres

Vialle E.N., Gusmão M.S., Rangel T.A., Moron R.C., Vialle L.R. Rocha, S., Contreras W. (williamomarcontreraslopez@hotmail.com) Grupo de Cirugía de Columna, Hospital Universitario Cajuru PUC-PR. Departamento de Anatomía, PUC-PR
Curitiba, Brasil

Introducción

A realização de artrodese circunferencial na coluna lombar requer remoção do disco intervertebral, e esta pode ser feita por via posterior ou anterior. A remoção por via posterior requer remoção do ligamento amarelo, facetectomia, retração das estruturas nervosas e coagulação do plexo venoso peridural. A via anterior requer retração da veia cava e da aorta, ligadura de vasos segmentares, além do risco de ejaculação retrógrada e lesão do plexo simpático. A extraforaminal evitaria todas estas dificuldades, porém é pouco utilizada.

Objetivo

Evaluar la eficacia da discectomia lumbar por via extra-foraminal, de modo quantitativo, através de estudo experimental em cadáveres.

Materiales Y Métodos

Este estudio utilizo 5 cadáveres frescos, submetidos a discectomías lombares pela via de acesso postero-lateral extra-foraminal, L3-L4 e L4-L5 visando remover a maior quantidade possível de material discal. Todo material discal removido foi pesado e posteriormente foi realizada uma via anterior lombar para remoção do material discal remanescente sendo realizada nova pesagem do tecido removido, para posterior comparação.

Resultados

Em L3L4, a remoção extra-foraminal do disco obteve, em média, 50% do volume total discal, e em L4L5, cerca de 37%.

Conclusion

Apesar de la segura y fácil realización, a via extra-foraminal não é tão eficaz quanto a via anterior na remoção do disco intervertebral.

Fijación interapofisaria translaminar percutánea. Una opción quirúrgica en la espondilolistesis lumbar istmica.

Dr. Angel J. Lacerda Gallardo (ajlacerda@hgm.cav.sld.cu, angeljesus.lacerdagallardo@gmail.com), Dra. Daisy Abreu Pérez, Dr. Julio A. Díaz Agramonte, Dra. Amarilys Ortega Morales, Dr. Gilberto Miranda Rodríguez, Dr. Oílen Hernández Guerra, Dr. Sandro Pérez Leal, Dr. Juan Imbert Palmero. Hospital general de Morón, ciego de Ávila. Cuba.

Introducción

El término espondilolistesis fue utilizado por vez primera en el año 1854 por Kilian, aunque un siglo antes, en 1782 Herbiniaux, un obstetra Belga, había descrito el primer caso de espondilolistesis al referirse a una paciente con una prominencia ósea anterior al sacro que causaba estrechamiento del canal del parto. El tratamiento quirúrgico para esta patología consiste típicamente en un procedimiento de fusión, con o sin la utilización de descompresión neurológica.

Método

Se realizó un estudio observacional descriptivo de 12 pacientes operados por espondilolistesis istmica en nuestro servicio, en el período comprendido entre el 1ro de enero

del 2001 y diciembre del 2005, en los cuales se utilizó la técnica de fijación interapofisaria translaminar percutánea para reducir y fusionar la deformidad esquelética. Se empleó un abordaje microquirúrgico convencional (de Caspar), para la extracción de los discos intervertebrales herniados e inmediatamente se procedió a la fijación espinal, por la técnica propuesta por King y Boucher, en la década de los años 50 y que luego fuera modificada por Montesano en la de los 90.

Resultados

El 75% pertenecían al sexo masculino, con una edad promedio de 49.8 años. El espacio L5-S1 fue el más abordado seguido del L4-L5. No se presentaron complicaciones con la técnica. Se realiza una comparación biomecánica con la técnica de Luque.

Experiencia en el manejo de patologías de la unión craneocervical en el hospital universitario de la samaritana - hospital universitario mayor 2006 – 2008

Dr. Mauricio Riveros, Dr. Jose Buritica, Dr. Iván Herrera (ivanen1976@yahoo.es)
Bogotá, Colombia

Objetivos

Determinar la evolución clínica en pacientes a quienes se le realice procedimientos para descompresión – resección de lesiones en la unión craneocervical

Realizar seguimiento clínico e imagenológico de los pacientes intervenidos

Materiales y metodologías

Se realiza un estudio retrospectivo a cuatro años con los pacientes atendidos en el servicio de neurocirugía del hospital universitario de la samaritana y hospital universitario mayor que cumplan criterios de inclusión. Se utilizan los datos tomados de las historias clínicas.

Resultados y conclusiones

Estudio retrospectivo en el cual se ordenan en distribuciones de frecuencia que se presentan en cuadros y gráficas, se obtienen frecuencias absolutas y frecuencias relativas; a las variables cuantitativas se realizan cálculos de promedio y desviación estándar; se busca establecer

diferencias entre las variables y sus categorías de interés, utilizando medidas de asociación con sus respectivos intervalos de confianza. Las patologías de la unión craneocervical dentro de su estudio y manejo demuestran marcada mejoría en la respuesta ante procesos compresivos extrínsecos respecto a procesos infiltrativos / intrínsecos, de igual forma predomina la adecuada respuesta del manejo en fijaciones posteriores.

Bibliografía

1. Barry a, pattern bm, stewart bh. Possible factors in the development of the arnold-chiari malformation. J neurosurgery 1957; 14: 285-301. • 2. Royo-salvador mb. Siringomielia, escoliosis y malformación de arnold-chiari idopáticas. Etiología común. Rev neurol 1996; 24 (132): 937-959. • 3. Milhorat th, capocelli al jr, anzil ap, kotzen rm, millhorat rh. Pathological basis of spinal cord cavitation in syringomyelia: analysis of 105 autopsy cases. J neurosurgery 1995; 82 (5): 802-812. • 4. Vaquero ruipérez ja. Malformaciones congénitas. Medicine 1994; 6(57): 2.545-2.561.

Coccigectomía. Diagnóstico y tratamiento; presentación de 18 casos

Gilberto Gardea Loera (ggardeamd@yahoo.com), Iván Dorian Giraldo, Mario López Avilés. Hospital Regional de Delicias, Chih.

OBJETIVOS

Presentar 18 pacientes operados de resección coccígea, medidas de diagnóstico, tratamiento quirúrgico y diagnóstico diferencial con patología de columna lumbo-sacra.

MATERIAL Y METODOS

18 pacientes, 16 mujeres y 2 hombres, 15 con dolor lumbar irradiado a miembros pélvicos, signo de Lasegue negativo y todos con coccidinia de 3 meses a 5 años de evolución. El rango de edades 13 hasta 76 años. Los criterios para cirugía fueron: 1.-Falla del tratamiento conservador por un periodo de 3 meses, 2.- Dolor a la palpación coccígea, 3.- Inestabilidad radiológica del cóccix. El 30% de los pacientes fueron operados con anestesia general permaneciendo un día de estancia hospitalaria, esto en los primeros 3 años. El resto de los pacientes fueron intervenidos utilizando bloqueo peridural como cirugía ambulatoria. A todos se

les aplicó antibiótico profiláctico. El tiempo promedio por cirugía fue de 30 minutos. Los pacientes tienen seguimiento postoperatorio desde 1 mes hasta 11 años.

RESULTADOS

El promedio de mejoría definitiva fue de 4 a 8 meses con rangos desde 1 mes a 1 año. La evolución de los pacientes fue: 15 excelente, 2 buena (95%), y 1 regular. 5 pacientes tuvieron dehiscencia superficial y parcial de la herida y en 2 hubo datos de infección fácilmente resuelta.

CONCLUSIONES

La resección coccígea tiene resultados excelentes en pacientes candidatos. En pacientes con lumbalgia tomar en cuenta lesiones de cóccix como diagnóstico diferencial. El antibiótico profiláctico está indicado. El tratamiento es efectivo a partir del mes y puede llevar hasta 1 año.

Nucleoplastia percutanea cervical por radiofrecuencia en el hospital central fuerza aérea del Perú.

Carlos Zapater (czapater31@hotmail.com), Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Central Fuerza Aérea del Perú
Perú

Introducción

La hernia del núcleo pulposo cervical produce dolor de cuello y brazo (herniación cervical) debido a irritación de la raíz nerviosa. La sintomatología cervical es fundamentalmente el dolor cervical especialmente parte posterior y en los lados, dolor profundo cerca o sobre el omoplato del lado afectado, sin embargo, también suele acompañarse de adormecimiento de brazos, manos y/o dedos, mareos y en casos extremos la médula puede encontrarse comprimida y causar trastornos en miembros inferiores (que afecten la marcha) y en los esfínteres (dificultades para miccionar). El presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo con 84 pacientes provenientes del hospital Central Fuerza aérea del Perú, 36 mujeres, 48 hombres todos refractarios a tratamientos previos, (mas de seis meses), con hernias del núcleo pulposo corroboradas por radiografías y por RMN cervical en los diferentes niveles cervicales siendo la mas frecuente C6-C7 69% y la menos frecuente C4-C5 con un 2%. La nucleoplastia percutanea cervical solo ha sido llevada a cabo en aquellos pacientes que tenían hernia protruída y preservado el ligamento común vertebral posterior, NO espondiloartrosis aquellos pacientes que no reunieron estos criterios no fueron tomados en cuenta para el presente estudio pues la opción indicada para ellos es la Disquectomía cervical anterior. Los resultados fueron satisfactorios, la sintomatología desapareció significativamente.

Objetivo General

Demostrar las ventajas de la Nucleoplastia Percutanea Cervical por radiofrecuencia en beneficio de los pacientes con hernia de núcleo pulposo cervical.

Objetivos Especificos: -Demostrar que debido al corto periodo de hospitalización (24 horas) la nucleoplastia percutanea cervical reduce las posibilidades de infección, complicaciones y tiempo de convalecencia.

Demostrar que la nucleoplastia percutanea cervical reduce significativamente el costo económico.

Demostrar que la nucleoplastia percutanea cervical permite reintegrarse más rápidamente a sus actividades laborales.

Demostrar que la nucleoplastia percutanea cervical evita la cronicidad.

Demostrar que la nucleoplastia percutanea cervical disminuye el índice de ansiedad producido por la sintomatología cervical y el estrés quirúrgico.

Material y Método

El material empleado es electrodo para Nucleoplastia Cervical, equipo de arco en C, Generador de Radiofrecuencia. El método empleado es descriptivo, el presente estudio se llevó a cabo con 84 pacientes de los cuales 36 son mujeres y 48 hombres, con un mínimo de seis meses de enfermedad, con un mínimo de dos esquemas terapéuticos fallidos, todos con hernia de n

Resultados

Los resultados fueron satisfactorios en el 95% de los casos la sintomatología desapareció, sin embargo un 5% presento contractura paravertebral, la cual cedió al cabo de seis semanas con analgésicos, antiinflamatorios y terapia física.

Conclusiones

La nucleoplastia percutanea cervical por radiofrecuencia alivia el dolor y sintomatología propia de la hernia de núcleo pulposo cervical, (en aquellos pacientes que reúnen los criterios de inclusión) en menor tiempo, y con menor costo económico para el paciente y la sociedad. Siendo las complicaciones post-quirúrgicas mínimas, reduciéndose las posibilidades de infección considerablemente ya que se trata de una punción y no de un corte. Permite reintegrarse rápidamente a la actividad laboral, sin limitación.

Instrumentación dinámica nueva era". Presentación de casos con "U" coflex

Neftali Cossio L.(cneftali@hotmail.com);
Carlos Chacon A.; Carlos Maiguel C.;
Gabriel Vargas G.
Bucaramanga, Colombia

OBJETIVOS

Evaluar el resultado de utilizar el Estabilizador Dinámico o Espaciador Interespinal "U" Coflex en un grupo de 25 pacientes con dolor lumbar crónico de origen degenerativo, con estenosis, refractario al tratamiento médico convencional, y procedentes de diferentes lugares del país y con diferentes ocupaciones.

MATERIALES Y METODOS

Se colocaron quirúrgicamente 36 coflex en un grupo de pacientes con Diagnósticos de: Canal Estrecho Degenerativo con Abombamiento Discal (56%); Estenosis Degenerativa con Hernia Discal evidente (28%); Estenosis Degenerativa con Inestabilidad tipo I < 4mm (12%); y Estenosis Congénita con Estenosis Degenerativa (4%). A todos se les hizo Hemi laminectomías bilaterales con Foraminotomías, adicionando disectomías a los que presentaban hernias evidentes. Se colocaron: Un Coflex 10, Dos Coflex 13, Tres Coflex 2. Se les hizo seguimiento y controles Clínicos y Radiológicos en un periodo de 3 a 14 meses, entre Junio 2007 y Agosto 2008 con apoyo de las escalas Visual Análoga (VAS Score), Oswestry, y Modic.

RESULTADOS

El 79% presento mejoría temprana (1 semana) de su patología dolorosa sin recaída posterior; 12% tuvieron una mejoría posterior en un lapso de 2 a 3 semanas y mejoría parcial o temporal del dolor 4%. Hubo complicaciones menores sin secuelas que se mencionan.

DISCUSION

Se discuten aspectos relacionados con la Biomecánica y filosofía de la Instrumentación Dinámica; Su origen desde

hace aproximadamente 22 años (J. Senegas); la antigüedad de el uso del Coflex en Europa desde hace 14 años (J. Samani). Se destaca el aspecto Protector de la Función Espinal, la Poca Invasividad, Reducción del tiempo quirúrgico,

Sangrado, Rápida recuperación y Temprana reincorporación a sus actividades anteriores.

CONCLUSIONES

Se recomienda su utilización en casos Dolor Lumbar por Canal Estrecho de origen degenerativo, Inestabilidad tipo I, Discopatias degenerativas, hernias discales, y como profiláctico de Inestabilidad del segmento Adyacente a una fusión.

BIBLIOGRAFIA

1. Clinical application of the Panjabi neutral zone hypothesis Neuro surg Focus 22 (1):E12 2007
2. A Biomechanical Evaluation of an Interspinous Device Kai-Jow Tsai, MD 1, 2, Hideki Murakami, MD, PhD. Paradigm Spine Journal • Number 1/2006
3. ® Interspinous Stabilization: Clinical and Radiographic Results from an International Multicenter Retrospective Study Dieter Adelt, MD 1, Jacques Samani, MD 2, Woo-Kyung Kim, MD, PhD 3, Marcus Eif, MD.
4. Classification of Posterior Dynamic Stabilization Devices Paul Khoueir, M.D., M.Sc., F.R.C.S.C.; K. Anthony Kim, M.D.; Michael Y. Wang, M.D. Pub Med 2007 Oct;21(10):1099-103.
5. STUDY OF A SEMI-RIGID INTERSPINOUS "U" FIXATION SYSTEM 106 patients over six years J. SAMANI – LYON 2000
6. The effect of dynamic, semi-rigid implants on the range of motion of lumbar motion segments after decompression. European Spine Journal Publisher Springer Berlin / Heidelberg. May 21, 2008

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

Dr. Marcos Masini* (marcos.masini@uol.com.br), Dr. Jose Hermida Fernandez, Dr. Luciano Langui, Dr. Ivan Castillo Guerrero** (drivancastillo@yahoo.com.ar)

País: * Brasilia, Brasil. ** Buenos Aires, Argentina

Tipo de Estudio

Prospectivo en series de casos con seguimiento inmediato (0 a 8 días) un mes, tres meses, seis meses, un año.

Objetivo del Estudio

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

Método

Estudiamos 322 pacientes sometidos a la administración percutánea de ozono dividido en tres grupos, los que recibieron ozono intradiscal, foraminal y facetario, y epidural. Se les reevaluó 8 días, 1, 3 y 6 meses y un año mediante la escala analógica visual (VAS).

Resultados. Entre el 1 de abril de 2005 y 31 de diciembre de 2007 se trataron 322 pacientes, de ellos 183 mujeres y 139 varones. Se captaron 54 pacientes en el 2005 125 en 2006 y 143 en el 2007. De todos ellos 296 recibieron ozono foraminal y facetario, 73 ozonos intradiscal y 20 epidural. Todos los pacientes fueron evaluados clínicamente y radiológicamente, mediante Rx. simple de Columna y RMN, para descartar la necesidad de cirugía. Aquellos que por causas particulares no podían ser sometidos a RMN se les evaluó con TC. La edad promedio de la serie fue de 49 años. La mediana del seguimiento fue de 6.2 meses para un máximo de 2 años. Los segmentos mas tratados fueron L4/L5, L5/S1 tanto para el uso facetario, como para la aplicación intradiscal. El 87% de los pacientes presentaron una mejoría inmediata mayor a 5 puntos del las escala VAS, al mes 81% de ellos seguían presentando una mejoría superior a 5 puntos en la escala del VAS, para los 3 y 6 meses la mejoría de 5 puntos o mas en la escala VAS era de 76% y 60% respectivamente. Solamente el 2.4% de los pacientes sometidos al tratamiento fueron sometidos a cirugía (Microdiscectomía), 1 paciente a los 6 meses, 5 pacientes al año y 2 a los 2 años de tratamiento con ozono.

Hasta el momento no se han presentado complicaciones atribuibles a los procedimientos con ozono.

Conclusiones

El porcentaje de éxito tanto para la administración intradiscal como foraminal indica que estos son una

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

* Servicio de Neurocirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad del Planalto Central y Institute for Minimal Invasive Spinal Care -QUEOPS- Brasilia DF. Brasil ** Fundación de Neurociencias, Servicio de Neurocirugía Sanatorio de La Trinidad Palermo – Buenos Aires. Argentina.

Bibliografía.

1. Curtis W. Slipman, MD, Zacharia Isaac, MD, Davis A. Lenrow, MD et al. Clinical Evidence of Chemical Radiculopathy. Pain Physician volume 5, pp 260-265 2002
2. Alexandre A., Buric J., Paradiso R. et al. Intradiscal Injeccion of O3/O2 for Treatment of Lumbar Disc Herniations, Results at 5 years.
3. Lipetz JS, Pathophysiology of inflammatory, degenerative, and compressive radiculopathies. Phys Med Rehabil Clin N Am 2002 Aug; 13(3): 439-449.
4. Alexandre, L, Coro, A. Azuelos. Et al. Intradiscal injection of oxygen-ozone for the treatment of cervical disc Herniations. Acta Neurochir. 2005 79-82.
5. J. Buric and R. Molino Ozone Chemonucleolysis in non-contained lumbar disc Herniations. Acta Neurochir 2005 93-97.
6. M. Bonetti, A. Fontana, and F. Albertini CT-guided oxygen treatment for first degree spondylolisthesis and spondylolysis Acta Neurochir 2005 87-92.
7. M. Bonetti, A. Fontana, B. Cotticelli et al. Intraforaminal O2/O3 versus Periradicular Steroidal Infiltrations in Lower Back Pain. AJNR May 2005 26; 996-1000.
8. L. Padua, P. Caliandro, R. Padua, et al Quality of life patients operated on lumbar stenosis; a long-term follow-up, Acta Neurochir 2007 275-279.
9. Pomerantz SR., Hirsch JA. Intradiscal therapies for discogenic pain. Semin. Musculoskelet. Radiol. 2006;10(2); 125-135.
10. Galluci M. Limbucci N., Zugaro L., et al. Sciatica: Treatment with intradiscal and Intraforaminal injections of steroids and Oxygen-ozone versus steroids only. Radiology, 2007 Mar; 242(3); 907-13

Tratamiento de patología de columna inestable de tipo degenerativo de columna cervical

Vizcarra Fernández Miguel (mmmvizcarra@hotmail.com),
Morales Díaz Arturo, Mujica Sánchez Mijail, Tarrillo Ames Angel
Lima, Perú

Objetivo

La Inestabilidad del Raquis es la pérdida de capacidad estática y dinámica que genera dolor con incapacidad motora parcial o total. Presentamos nuestra experiencia de cirugías realizadas en patología de columna inestable, dando a conocer las diferentes técnicas de abordaje y los resultados clínicos obtenidos en cada una de ellas.

Métodos

Realizamos un estudio de análisis retrospectivo de pacientes tratados con diagnóstico de Mielopatía Cervical degenerativa en un periodo de los últimos 05 años (julio 2,003 a junio del 2,008). en el Servicio de Columna Vertebral – Departamento de Neurocirugía- Hospital Nacional Edgardo Rebagliati. Se analiza el cuadro clínico preoperatorio, hallazgos de imágenes de radiografía simple y funcional, tomografía helicoidal y resonancia magnética. Se discuten los resultados clínicos y se analizan las complicaciones.

Resultados Revisamos nuestros resultados en las

técnicas de instrumentación por vía anterior luego de disquectomía o corpectomía y las

Resultados

Revisamos nuestros resultados en las técnicas de instrumentación por vía anterior luego de disquectomía o corpectomía y las técnicas de vía posterior con laminectomía con fijación de tipo instrumentación cráneo cervical, tornillos de masa lateral, cerclaje con cable de titanio.

Conclusión

A pesar de que una gran variedad de abordajes y procesos quirúrgicos están disponibles, la elección óptima de tratamiento permanece controversial. Los procesos quirúrgicos diseñados para descomprimir el cordón espinal y en algunos casos estabilizar la columna, son mostrados exitosamente; pero existe un porcentaje de pacientes que no mejora con la intervención quirúrgica por mielopatía cervical previa.

Evolución y análisis de 221 casos de hernia discal lumbar tratados con hemilaminoforaminotomía y discoidectomía.

Gilberto Gardea Loera
(ggardeamd@yahoo.com), Iván
Dorian Giraldo, Mario López Avilés.
Hospital Regional de Delicias.

Objetivo

Este trabajo prospectivo muestra los resultados favorables que se obtienen al realizar hemilaminectomía con foraminotomía y discoidectomía en hernia discal lumbo-sacra.

Material y metodos

Se analizaron en forma prospectiva 221 pacientes, 94 mujeres y 127 hombres, quienes se sometieron a cirugía realizada por el autor en un periodo de 11 años 4 meses, con un rango de edad de los 15 a los 82 años. Todos los pacientes referían dolor radicular uni o bilateral debido a hernias de disco lumbo-sacra con o sin estenosis del foramen intervertebral. Todos fueron evaluados por resonancia magnética y algunos por tomografía y/o mielografía. El periodo de seguimiento fue de 1 mes a 11 años 4 meses. El procedimiento quirúrgico principal fue hemilaminectomía con foraminotomía y discoidectomía.

RESULTADOS

Los resultados fueron definidos como Excelente (sin dolor), Bueno (poco dolor lumbar), Regular (radiculopatía moderada) y malo (sin cambios o peor) según la clasificación de Macnab. Excelentes resultados fueron obtenidos en 85%, buenos 9%, regular 4%, malos 1%. Hubo 3 complicaciones referentes a la cirugía, 5 complicaciones generales y 1 caso de infección. No hubo casos de inestabilidad.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo se muestra la efectividad de la hemilaminoforaminotomía con discoidectomía y descompresión radicular, es segura y evita el riesgo de inestabilidad. Con este procedimiento los resultados son desde buenos a excelentes, siempre y cuando los pacientes sean bien seleccionados por cuadro clínico y estudios de imagen sin otra patología adyacente.

Microforaminotomia anterolateral cervical

Sergio Ángel B. (sangel@une.net.co)
Medellín, Colombia

Objetivos

Las lesiones patológicas compresivas que causan radiculopatía cervical (herniaciones discales y osteofitos foraminales) usualmente se localizan anteriores a la raíz cervical. Los abordajes convencionales anteriores requieren resección completa del disco con o sin fusión, lo cual sacrifica el segmento funcional espinal y concentra la carga biomecánica en los discos superior e inferior, con la consecuente posibilidad de enfermedad de segmento adyacente. La técnica de la microforaminotomia anterolateral permite una descompresión segura y efectiva de la patología compresiva radicular posterolateral y foraminal en casos seleccionados de pacientes sin inestabilidad segmentaria preoperatoria.

Materiales y Metodos

Desde 1996 hasta 2008 se han intervenido un total de 115 pacientes con la técnica descrita; 61 hombres y 54 mujeres, con un rango de edades desde 36 hasta 81 años (promedio de 58 años). Las lesiones compresivas incluyeron 48 pacientes con osteofitos (42.3%); 59 pacientes con herniaciones blandas de disco (51.9%); 8 pacientes con lesiones mixtas (5.8%).

Resultados

102 pacientes (89%) experimentaron excelentes resultados, 9 pacientes (8%) obtuvieron buenos resultados y 4 pacientes (3%) resultados regulares. Ningún paciente presentó lesión radicular o ninguna mejoría. Todos los

pacientes fueron sometidos a estudios radiológicos postoperatorios (TAC o RX) y en ninguno se apreció signos de inestabilidad progresiva durante el seguimiento. No se presentaron infecciones postoperatorias; 2 pacientes desarrollaron hematomas en cuello que requirieron reintervención, y 1 paciente presentó un síndrome de Horner parcial.

Conclusiones

La microforaminotomia anterolateral ha demostrado ser una técnica eficaz y con excelentes resultados en un grupo de 115 pacientes con radiculopatía cervical de origen espondilítico. La técnica quirúrgica es simple de realizar por los neurocirujanos y los riesgos de morbilidad son mínimos. El 97% de los pacientes obtienen excelentes resultados, con mejoría inmediata o en muy pocos días. En algunos de los pacientes el procedimiento puede ser realizado en forma ambulatoria, lo cual reduce costos hospitalarios en nuestros países en desarrollo. Finalmente el riesgo de inestabilidad tardía es prácticamente nulo.

Bibliografía

1. Jho HD: Microsurgical Anterior Cervical Foraminotomy: A new approach to cervical disc herniation. *J Neurosurg*. 84:155-160, 1996. • 2. Lesoin F, Biondi A, Jomin M: Foraminal cervical herniated disc treated by anterior discectomy. *Neurosurgery* 21:334-338, 1987. • 3. Bruneau M, Cornelius JF, George B: Microsurgical cervical nerve root decompression by anterolateral approach. *Neurosurgery* 58(1) Operative Neurosurgery Supplement ONS 108-ONS 113, 2006.

Artroplastia cervical em dois niveis com disco mobi-c.

Nelson Machin (nmachin@terra.com.br). Orlando zamora. Michel Issa. Hospital da cruz vermelha brasileira. filial do estado do paraná.
País: Brasil

Objetivo

1-mostrar as possibilidades da técnica artroplastia cervical multinível, para pacientes com discopatia degenerativa. 2-artroplastia cervical como alternativa de tratamento na discopatia degenerativa da coluna cervical. 3-expor as experiências preliminares da equipe na técnica de artroplastia cervical.

Materiais e metodos

1-paciente portador de discopatia degenerativa, com manifestações clínicas de compressão radicular, com

indicação de descompressão cervical via anterior para descompressão. idade de 40 até 60 anos, avaliação prévia geral do estado geral, doenças concomitantes, estado físico. - os pacientes foram submetidos a exames de: rx da coluna cervical, tomografia axial computadorizada, ressonância magnética, eletroencefalografia dos membros superiores. - disco artificial mobi-c fabricação Idr3-quinze pacientes foram operados, incisão transversal cervical anterior, com colocação do disco artificial mobi-c, em dois níveis, acompanhados evolutivamente nos últimos seis meses. A indicação foi hérnia de disco e compressão neurológica por osteofitos, causando radiculopatía ou mielopatía ou ambos,

entre c4 ate c7. A avaliação neurológica teve em conta os movimentos de flexão, extensão, rotação, dor cervical, dor nos braços.

Resultados

A idade media dos pacientes oscila entre 40 e 52 anos, 65% do sexo feminino, tempo de cirurgia médio de 120 minutos, não temos complicações transoperatórias, diminuição da dor cervical em 100% dos pacientes, diminuição da dor nos membros superiores. Atualmente encontram-se em tratamento por fisioterapia com melhora nos movimentos cervicais de flexão extensão. conclusões: nosso estudo sugere que o disco artificial mobi c, esta se mostrando eficiente no tratamento da discutia cervical multi nível. O implante permite a restituição dos

movimentos, alívio da dor, sem casos reportados de migração do disco e sem complicações transoperatórias. A técnica, fácil e segura, abre o caminho para a recuperação funcional de uma articulação pseudoartrosada. A unioartroses em graus variáveis, não necessariamente seria uma contra-indicação, e acreditamos que devolver a mobilidade a dois mais seguimentos da coluna cervical, sem duvida e um procedimento fisiológico, que fará o diferencial das técnicas de descompressão e artrodeses praticadas ate hoje. A fusão inter-somatica a médio o longo prazo, pode acontecer como complicação, mais este seria o resultado sempre esperado das técnicas de artrodeses. Então: porque não fazer????

Dr nelson machin arias, rua são sebastião 532, apto 61, bairro ahu, curitiba - pr, cep: 80540-050. Telefone: (41) 3077-4764 fax: 30774354 cel: 9982-9252.

Experiencia con disco artificial en el tratamiento de hernias cervicales.

Dr. Carlos Zapater (czapater31@hotmail.com), Hospital Central Fuerza Aérea del Perú, Jefe del Servicio de Neurocirugía.
Perú

INTRODUCCIÓN

La discectomía cervical por vía anterior es una maniobra descompresiva de los elementos neurológicos y, al producir necesariamente la extirpación de determinados elementos estructurales del raquis cervical que colaboran en la estabilidad del mismo, puede incrementar o producir inestabilidad. El problema más importante de la artrodesis con injerto de hueso postdiscectomía cervical anterior, además de las posibles complicaciones asociadas a está (toma del injerto), tal vez lo más importante radicaría en que desde el punto de vista mecánico es la pérdida de altura por asentamiento del mismo tras su implante, siendo la máxima expresión del fracaso del injerto el colapso, rotura o extrusión y la pseudoartrosis. En cuanto, a los sistemas de osteosíntesis, dejando aparte las complicaciones relacionadas con su implantación, dado que el diseño de los sistemas se basa en estudios biomecánicos que aseguran la resistencia del material, asumiendo una correcta técnica y en ausencia de patología ósea local, el fracaso estructural del material se produce muchas veces tras el fracaso previo del injerto que modifica las cargas mecánicas sobre tornillos o placas y conduce a su rotura o aflojamiento. En nuestra experiencia, en 96 pacientes, el empleo de disco artificial, ha permitido mantener la movilidad del segmento intervenido, evitando la degeneración discal adyacente al segmento artrodesado.

Finalmente, el objetivo de este trabajo de investigación radicaría en dar a conocer nuestra experiencia en la utilización de discos artificiales.

MATERIAL Y MÉTODO

Dentro del material empleado podemos señalar:

Disco artificial; Instrumental apropiado para la colocación de la prótesis; Tractor cervical; La metodología ha sido descriptiva en un grupo de 96 pacientes, portadores de hernia de núcleo pulposo de los cuáles 38 son de sexo femenino y 58 del sexo masculino. 56 de ellos con patología C5-C6, C6-C7, 32 con patología correspondiente a C5-C6, y 8 con patología correspondiente C4-C5.

RESULTADOS

Los resultados serán expresados cuantitativa y cualitativamente.

Los pacientes en un porcentaje de recuperación excelente corresponden al 86%. (desaparición de los síntomas inmediatamente post-cirugía). Los pacientes con buena recuperación corresponden al 8% (en donde hubo presencia de contractura paravertebral cervical que duró aproximadamente 20 días y cedió con analgésicos y antiinflamatorios) y el 6% restante que su recuperación fue regular (lo atribuimos a aquellos pacientes en que además de analgésico y antiinflamatorios para la contractura hubo necesidad de indicar terapia física 10 sesiones).

CONCLUSIONES

El avance científico y tecnológico en el campo de la medicina es muy grande y la neurocirugía no está exenta a estos avances, el disco artificial consideramos, es una alternativa viable que permite disminuir las complicaciones, (dominio de la técnica quirúrgica) y asimismo, permite proporcionar un rango de movimientos dentro de los límites fisiológicos y funcionar adecuadamente con las estructuras anatómicas adyacentes, la recuperación y posterior reintegro a sus actividades, sin limitación es a corto plazo.

Laminoplastia y laminostomía en la cirugía espinal. Nuestros resultados

Dr. Angel J. Lacerda Gallardo (Ajlacerda@hgm.cav.sld.cu, Angeljesus.lacerdagallardo@gmail.com), Dra. Daisy Abreu Pérez, Dra. Amarilys Ortega Morales, Enf. Santiago Santos Hernández, Dr. Sandro Pérez Leal, Dr. Gilberto miranda Rodríguez, Dr. Julio A. Díaz Agramante, Dr. Oilén Hernández Guerra. Servicio de Neurocirugía. Hospital general de Morón, Ciego de Ávila.

País: Cuba

Introducción

La introducción de la cirugía mínimamente invasiva, las técnicas endoscópicas, la magnificación quirúrgica y la revolución imaginológica de nuestros días, han facilitado la aplicación de técnicas quirúrgicas funcionales que conservan en lo posible la mayoría de las estructuras anatómicas, garantizando un resultado quirúrgico cada vez más fisiológico. La cirugía espinal no ha quedado al margen constituyendo la Laminoplastia y la laminostomía 2 técnicas de fácil realización, con instrumental disponible en cualesquier salón de operaciones, con las cuales se logran corredores quirúrgicos adecuados a disímiles patologías espinales con el mínimo de afectación biomecánica y fisiológica de la columna vertebral.

Método

Se realizó un estudio de observación, prospectivo y descriptivo, con 12 pacientes a los que se les realizaron laminoplastias o laminostomías para alcanzar corredores quirúrgicos espinales para cirugías funcionales o restaurativas, en el período comprendido entre enero de 1997 y diciembre del 2006.

Resultados

Fue utilizada la laminostomía lumbar y dorsal en 6 casos portadores de patologías quirúrgicas espinales electivas (3 tumores; uno dorsal y otro dorso lumbar, 1 síndrome de la megacauda equina y 2 síndromes de discopatía lumbar múltiple). La laminoplastia fue utilizada en 6 pacientes con mielopatía cervical espondilítica (en 3 con una técnica a una sola ventana y en 3 a doble ventana). Los métodos diagnósticos utilizados fueron la mielografía, tomografía axial computarizada y la RMN. Las complicaciones fueron: 1 caso hematoma del lecho quirúrgico, 1 caso con tromboembolismo pulmonar. En ninguno de los enfermos se ha demostrado limitaciones ortocinéticas.

Conclusiones

Las técnicas quirúrgicas conservadoras representan un arsenal quirúrgico de importancia en la cirugía funcional espinal.

Measurement of anatomic relations of the iliolumbar vein

Emiliano Neves Vialle¹ (emiliano@vialle.com.br), Luiz Roberto Gomes Vialle¹, Pablo Godinho², William Omar Contreras Lopez², Luiz Felipe Carvalho², Sayid Ahmed², Anatomy Students³, Sergio Rocha³ 1-Department of Spine Surgery, Cajuru University Hospital, Pontific Catholic University, Parana. Brasil 2- Spine surgery Fellow, AOSpine Latin America 3-Department of Anatomy, Pontific Catholic University (PUC)

Curitiba -PR, Brasil

STUDY DESIGN

Dissection of 20 human cadavers was performed to assess the vascular anatomy of the iliolumbar vein in anterior access to the inferior spine.

OBJECTIVES

To determine the position (distance) of the iliolumbar vein relate it to predetermined reference points, found in

an anterior surgical access to the lumbosacral union.

METHODS

A retroperitoneal approach was performed in 18 male and 2 female adult cadavers. The cadavers were previously embalmed with formalin solution. These specimens were dissected so as not to disturb the local vascular anatomy related to the anterior lumbosacral spine. Two independent

observers then made metric caliper measurements. The following direct measurements of each cadaver were obtained : the distance between the iliolumbar vein from the cava inferior vein bifurcation bilaterally. And the distance between the center of the most prominent part of the L5 junction and the iliolumbar vein laterally in both sides.

RESULTS

The average distance between the inferior cava vein bifurcation and the iliolumbar vein from the right and left side were 3.95 ± 1.15 and 4.94 ± 1.32 respectively , the average distance between the center of the most prominent palpable spine prominence at the L5 junction and the right and left iliolumbar vein laterally were 3.81 ± 1.28 and 3.93 ± 0.77 respectively The iliolumbar vein or veins were

detected in both sides of 19 cadavers. With the absence of the left iliolumbar vein in one patient.

CONCLUSIONS

The average space available between the inferior cava vein bifurcation and the iliolumbar vein was 4.44 cms ,the average distance between the most prominent part of the L5 junction and the iliolumbar vein laterally was 3.81 ± 1.28 cms to the right side and 3.93 ± 0.77 cms to the left side . The iliolumbar vein, was present bilaterally in 95% of the specimens, with the absence of the left iliolumbar vein in one patient. The surgeon must be prepared to mobilize the local vasculature in most cases to expose the L5 junction adequately.

Hernia de disco cervical: incidência e fatores de risco

Ricardo Marques Lopes de Araújo (ricardolopesdearaujo@hotmail.com), José Nazareno Pearce de Oliveira Britto, Mariana Oliveira Cordeiro, Nara Maria Ribeiro Soares, Isabela Ramos Duarte Teixeira
Teresina, Brasil

Introdução

A hérnia de disco pode ser definida como um processo em que ocorre ruptura do anel fibroso, com subsequente deslocamento da massa central do disco nos espaços intervertebrais. Nas hérnias cervicais o fragmento de núcleo que escapa do interior do disco pode comprimir uma das raízes nervosas cervicais, causando uma cérvico-braquialgia, ou mesmo a medula espinhal, desenvolvendo uma mielopatia. A forma assintomática está presente em pelo menos 25% das pessoas de 50 anos, enquanto que a sintomática acomete 2 a 3 % da população, sendo mais freqüente em pacientes entre 30 e 60 anos e do sexo masculino.

Objetivos

Análise dos pacientes submetidos à cirurgia para o tratamento de hérnia cervical, analisando nestes, idade e sexo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo, com pacientes submetidos a tratamento cirúrgico para hérnia de disco cervical, no Serviço de Neurocirurgia do Hospital São Marcos, em Teresina, no período de janeiro de 1999 a janeiro de 2008, totalizando 48 pacientes.

Resultados

Dentre as cirurgias de hérnia de disco, as cervicais representaram 25% do total. Observou-se que dos 48 pacientes, 47,9% são do sexo masculino (23) e 52,1%, do sexo feminino, sendo, em ambos os sexos, mais incidente entre 30 e 50 anos (81,2% dos casos).

Conclusão

Conclui-se que os dados referentes ao sexo não foram de acordo com a literatura, visto que houve prevalência do sexo feminino. No entanto, quanto à idade, os dados foram condizentes, apresentando mais casos na faixa etária de 30 e 60 anos. REFERÊNCIAS

Bibliografia

1. Negrelli WF. Disc Herniation: Treatments Proces. Acta Ortop Bras.2001 Out/Dez 9(4):39-45 Urban JPG, • 2. Roberts S. Degeneration of the intervertebral disc. Arthritis Research & Therapy. 2003 Mar 5(3):120-130 • 3. Dehn T. Degenerative disc disease: disc replacement. Ann R Coll Surg Engl. 2007 89:6-11. • 4. Le Maitre CL, Freemont AJ, Hoyland JA. Accelerated cellular senescence in degenerate intervertebral discs: a possible role in the pathogenesis of intervertebral disc degeneration. Arthritis Research & Therapy. 2007 Mai 9(3).

Neurofibromatosis tipo i: enfermedad de von reckling hausen.A propósito de un caso.

Dr. Juan Kiklikian (mjlp12@hotmail.com). Dr. Teodolfo Russian, Dr. Leonardo Marquez, Dra. Marielys Lárez. Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar. Maturin, Monagas. 2007. Maturin, Venezuela.

La Neurofibromatosis tipo 1 (NF-1), es una patología progresiva multisistémica de herencia autonómica dominante que tiene una expresividad muy variable afectando a uno de cada 3000 individuos y se presenta en uno de cada 200 pacientes con retraso mental.

Clínica: se encuentran las manchas "café con leche" y los neuromas cutáneos. Expresándose en cuatro formas: Neurofibromas cutáneos superficiales, se presentan como pápulas, nódulos o tumores, blandos y asintomáticos, pueden ser discretos o profusos y generalizados. Neurofibromas subcutáneos, más profundos, adyacentes a los nervios subcutáneos, también son asintomáticos, pero pueden causar dolor, son nódulares y alargados. Tercero, los Neuromas plexiformes, en formas de placas, blandos, envuelven los nervios dorsales o raíces nerviosas. Y una cuarta forma, el Neurofibroma plexiforme difuso, que interesa todas las capas de la piel, penetrando profundamente al tejido graso, músculo, hueso y hasta vísceras.

Caso clínico

Paciente masculino, 12 años de edad, diagnóstico de neurofibromatosis tipo 1, variante tipo 4, con afectación de todas las raíces espinales, consulta por presentar

cuadriparesia progresiva, espasticidad generalizada, trastorno respiratorio expresado en bradipnea, ameritando ingreso a un centro hospitalario, se realizan estudios paraclínicos e imagenológicos que reportan: tumoraciones en todas las raíces espinales, con afectación de intracanal de la raíz, produciendo compresión medular difusa a predominio cervical, acidosis respiratoria, por hipoxia.

Se decidió realizar laminectomía descompresiva desde c1- c7 y extirpación de parcial de las tumoraciones superiores cervicales, bilaterales.

Evolución satisfactoria, 3 años después paciente en estables condiciones. Sintomatología única, dolor ocasional en miembros inferiores. Que cede con analgesia convencional.

Referencias

1. Wasserteil, V., Bruce, S., Riccardi V.M. Non von Recklinghausen's neurofibromatosis presenting as hemifacial neurofibromatosis. Mulvihill, J.J.: Neurofibromatosis I (Recklinghausen disease) and neurofibromatosis II (bilateral acoustic neurofibromatosis): An update. Ann Intern Med 1990; 113: 39-52.

Meningioma de filum terminale

Luis Pimentel Osechas (pimentelncr@gmail.com), Marelis Gonzalez, Alexandra Lugo, Nelsa Caraballo, María, Antonieta Peña Valera estado trujillo, Venezuela

Introducción

Las neoplasias de la medula espinal son poco frecuentes, representan 15% de los tumores del sistema nervioso central (SNC) 2% en adultos, de estos el 90% incluyen los ependimomas, astrocitomas y hemangioblastomas. Los meningiomas son tumores benignos del SNC, estos tienen su origen en las células aracnoideas, su localización intracraneal es muy frecuente y solo 10% se localiza en el raquis lo que representa 4,4% de los tumores de la medula, en el filum terminale los tumores más frecuentes son los ependimomas y los shwannomas, menos común se presentan los meningiomas

CASO CLÍNICO

Un paciente masculino de 48 años, que inicia con dolor lumbar de fuerte intensidad, y manifestaciones de

disestesias en ambos miembros inferiores, en cara lateral y posterior de los mismos, no presenta afección de la fuerza muscular o de los reflejos, RMN con evidencias de tumor isoíntenso en T1, hiperíntenso en T2 y realce al gadolinio, en el nivel T12 a L1 izquierdo, es llevado a la mesa operatoria se realiza laminectomía T12 y L1 con Exeresis de la lesión adherida a la aracnoidea con microcirugía, evolucionando satisfactoriamente sin déficit neurológico, el resultado de la biopsia MENINGIOMA FIBROBLASTICO.

Conclusiones

se presenta como un caso poco común, las parestesias son un síntoma frecuente provocado por la compresión de las raíces, la exeresis quirúrgica total es el tratamiento de elección

Evolucion clinica y radiologica de pacientes sometidos a fusion cervical anterior con caja roscada de titanio sin uso de placa

Jara Luis (luisjaramd@gmail.com), Urbaneja Geberth, Nones Alfredo, López Reynaldo
Caracas, Venezuela

Objetivo

Evaluar la evolución clínica y radiológica de los pacientes que se les realizó disectomía cervical anterior y colocación de implante roscado de titanio.

Materiales Y Métodos

Se incluyeron 18 pacientes, evaluados clínica y radiológicamente en el preoperatorio y postoperatorio, el análisis estadístico se basó en el cálculo de distribuciones y frecuencias de las variables medidas, se utilizó el coeficiente de correlación producto momento de Pearson y el ANOVA de un solo factor.

Resultados y conclusiones

La distribución por edad, sexo y condición de fumador y no fumador, indicó que 9 pacientes se encontraron en el grupo de 41 a 50 años, 15 pacientes del sexo femenino, 15 eran fumadores; 11 pacientes tenían afectación de 2 niveles

y 7 de un nivel. La evolución clínica y radiológica mostro mayor frecuencia de afectación del nivel C5-C6, el promedio del dolor preoperatorio vs. postoperatorio paso de 8 a 2 en la EVA, la forma de presentación clínica preoperatorio fue la radiculopatía en 14 pacientes, la evolución clínica, fue predominantemente excelente, en 11 de los pacientes, el promedio de la altura del espacio intersomático en el preoperatorio vs. El postoperatorio paso de 5,0 a 7,4 mm, 73% presentaron la columna cervical rectificada y cifótica en el preoperatorio mientras, en el postoperatorio predomino la condición lordótica en el 78%, no hubo ningún caso de extrusión del implante, pero si 7 casos de asimilación, con una tasa de fusión-fijación de 100%. El resultado clínico fue excelente o bueno para el 89% de los pacientes, radiológicamente el resultado fue satisfactorio ya que conserva e incluso aumenta el espacio intersomático y proporciona fusión ósea-fusión funcional en el 100% de los casos. La caja roscada de titanio constituye un implante cervical seguro, fácil de usar y efectivo como adyuvante para su uso en la disectomía cervical anterior mas fusión intersomática.

Quiste dermoide espinal a propósito de un caso

Jesús Garcia Catoni (jesus_neuro@hotmail.com), Amarilis Mezones, Alejandro Márquez, Leandro Castro, Franklin Scovino, Aura Contreras, Igor Márquez. Hospital General del Este "Dr. Domingo Luciani", Servicio de Neurocirugía, Caracas, Venezuela
Caracas, Venezuela

Objetivos

Informar sobre el diagnóstico y resección quirúrgica de un Quiste Dermoide espinal intradural, extramedular.

Materiales Y Métodos

Se identificó paciente femenino de 29 años de edad con clínica de paraparesia progresiva, hipoestesia en miembros inferiores y compromiso esfinteriano; a quien se le realizó Resonancia Magnética Dorsal con la evidencia de lesión ocupante de espacio intradural y extramedular, hipointensa en T1 e hiper en T2 desde La cuarta vértebra dorsal a la séptima dorsal, que ocupaba casi el 50% del canal medular, comprimiendo la médula a ese nivel. Fue llevada a mesa operatoria, cuando se realizó laminectomía desde T4 a T8, seguido de durotomía y exéresis de la lesión. Se envió muestra para Biopsia en nuestro centro y en el Postoperatorio se inició fisioterapia precoz.

Resultado

Exéresis total de Quiste Dermoide intradural, extramedular a nivel dorsal con mejoría franca del déficit neurológico evidenciado durante el seguimiento por consulta externa.

Conclusiones

El Quiste Dermoide es una L.O.E. benigna de ubicación poco frecuente a nivel espinal, que puede ser causa de síndrome mielopático, con evolución satisfactoria si se logra la resección de la lesión.

Bibliografía

1. Kumar S, Gulati DR, Mann KS. Intraspinial dermoids. Neurochirurgia 1977; 20: 105-8. • 2. Graham DV, Tampieri DT, Villemure JG. Intramedullary dermoid tumor diagnosed with the assistance of magnetic resonance imaging. Neurosurgery 1988; 23: 765-7. • 3. Scott W, Ehud L, Paul G. RM de Cabeza y Cuello. Edit. Marbán. 2004. Cap 15: 761-762

Espondiloartrose cervical: resultados tardios en cirurgias por vía anterior a propósito de 64 casos

Luiz Antônio Araújo Dias, Carlos Umberto Pereira, Koji Tanaka, Fernando Eduardo Plastina, Roberto Alexandre Dezena, Luiz Antônio Araújo Dias Jr. Ribeirão Preto-SP, Brasil (necsantacasarp@terra.com.br)

Introdução

Non há consenso na literatura acerca dos diferentes procedimentos para tal patologia, em se tratando de doença degenerativa cervical.

Objetivos

Apresentar nossa casuística e os resultados.

Casuística e Métodos: Análise retrospectiva de 2003 à 2007 de 64 pacientes.

Resultados

Idade de 26 à 73 anos, 36 masculinos e 28 femininos. Sintomas mais prevalentes no pré-operatório: cervicobraquialgia em 35 casos (54%) e cervicalgia em 16 (25%). Níveis mais acometidos: C5-C6: 27 casos (42%) e C6- C7: 12 (18%). Diagnósticos: Rx. Simples e dinâmico; Tomografia Computadorizada; Ressonância Magnética. Avaliação pós-operatória de 6 a 48 meses. tratamento clínico

: Colar cervical, analgésicos, antiinflamatórios, relaxantes musculares, antidepressivos e corticóides em quadros agudos. Fisioterapia após alívio sintomático. As últimas 12 hérnias, submetidas a microdissectomia, cage sem placa, em um nível, tiveram bom resultado. Dois ou mais níveis, associamos placa H. Dois ou 3 níveis com radiculopatia e mielopatia, indicamos corpectomia com substituição por cilindro tipo Harms e placa. Nível mais acometido: C5- C6. Análise do pós-operatório: 44 (68,5%) assintomáticos, 9 (14 %) parestesias residuais e ou dor residual; 4 (6,5%) déficits motores discretos ; Disfonia leve em 6 (9,5%) 1 (1,5%) fistula esofágica. 22% ficaram limitados à atividades pesadas, 45 % pouco limitados e 33% sem qualquer limitação.

Conclusão

O resultado depende do tempo e extensão da compressão, gravidade da mielopatia, idade, patologias associadas, indicação e técnica cirúrgica.

Fijación directa del cóndilo occipital con tornillo poliaxial para estabilización de las patologías de la unión craneo-cervical. Descripción quirúrgica y reporte de caso de una nueva opción de tratamiento.

Roberto Díaz Orduz, MD* (luhovillalobos@yahoo.com), Miguel Berbeo, MD*; Manuel F. Vergara Lago MD**, Bogotá, Colombia

Resumen

Las enfermedades que generan inestabilidad de la unión craneo-cervical son un desafío importante para el neurocirujano de columna cuando piensa en las opciones de tratamiento. Existen diferentes técnicas de estabilización con instrumentación que combinan tornillos, placa, gachos y alambrado; fijos a la escama del occipital y al complejo C1-C2. Es poca la experiencia que existe cuando se piensa en el cóndilo del occipital como sustrato para anclar la estabilización. González y Sonntag reportaron la utilización de un tornillo lateral transarticular condilo-C1 para obtener fijación de la unión craneo-cervical; sin embargo existen características anatómicas patológicas que impiden la realización de esta novedosa técnica.

Presentamos el caso de un paciente con antecedente de trauma, pseudoartrosis C0-C1-C2 y mielopatia, como consecuencia de una lesión crónica con inestabilidad y pérdida del alineamiento occipito-cervical. Se indicó descompresión y estabilización del complejo occipito-C1-C2. El 17 de Junio de 2008 se realizó el procedimiento quirúrgico durante el cual, por los hallazgos que se describen, fue necesario encontrar una alternativa a la técnica de fijación occipital tradicional. Describimos la anatomía y una novedosa técnica quirúrgica de fijación directa transcondilar con tornillos poliaxiales de 4.0mm de diámetro y pedicular C2 para estabilización craneo-cervical. No hubo complicaciones vasculares ni neurológicas, se presenta seguimiento clínico e imagenológico.

Hemangioblastoma cervical na doença de von hippel lindau – relato de caso

Christoph DH, Gonçalves MB (goncalvesmb@gmail.com), Guimarães RD, Correa JLA, Ribeiro CH, Landeiro JA. Hospital de Força Aérea do Galeão (HFAG) Brasil

Introdução

A Síndrome de Von Hippel Lindau (VHL) é autossômica dominante e acomete 1:36000 nascidos vivos, caracterizada por hemangioblastomas do sistema nervoso central (tipicamente cerebelar) e de retina, lesões viscerais (cistos renais, hepáticos e pancreáticos), carcinoma de células renais e policitemia. Apenas 3% dos hemangioblastomas acometem a medula. Esse trabalho apresenta o relato de caso e considerações cirúrgicas na abordagem de hemangioblastoma cervical associado à doença de VHL.

PACIENTE E MÉTODOS

Mulher de 44 anos, com história familiar de Von Hippel Lindau (27 casos), apresentando-se em pós-operatório tardio de ressecção de hemangioblastoma cerebelar. Após um ano da primeira cirurgia, iniciou quadro de cervicalgia associado a alterações proprioceptivas nos membros inferiores. Realizado exame de RM da coluna cervical, evidenciou-se lesão expansiva cervical de 1,5x1,0cm no nível de C4,

em cordão posterior, captante de contraste, com edema adjacente. Submetida a tratamento microcirúrgico guiado por neuronavegação, utilizando protocolo de tomografia helicoidal com cortes de 0,75mm.

RESULTADOS

Evoluiu no pós-operatório com quadro transitório de dor neuropática em membros superiores; apresentou melhora do quadro álgico e proprioceptivo. Realizado controle com ressonância magnética, que evidenciou ressecção completa da lesão.

CONCLUSÃO

Utilizando-se de técnicas microcirúrgicas e do auxílio da neuronavegação é possível a ressecção completa de lesões pequenas da medula cervical, evitando a sua progressão e obtendo melhora do déficit neurológico. Assim o hemangioblastoma medular associado à doença de von Hippel-Lindau apresenta abordagem neurocirúrgica segura e eficaz.

Abordaje neuroendoscopico y transcraneal en un tiempo quirurgico de craneofaringioma intraventricular

Alzate Juan Diego (juandiegomono@hotmail.com). Pedro Penagos. Alejandro Osorio Bogotá, Colombia

Objetivo

Se exponen 6 pacientes a quienes se le realizo abordaje transcraneal y neuroendoscopico en un solo tiempo quirurgico para reseccion de craneofaringiomas con extension intraventricular

Materiales y Metodos

Se exponen 6 casos clinicos con imágenes pero y posoperatorias

Resultados

Resecciones amplias con minima morbilidad y mortalidad

Conclusiones

Se propone la idoneidad del abordaje transcraneal y endoscopico para reseccion de craneofaringioma con

extension intraventricular con excelentes resultados y minima morbilidad.

Bibliografia

1. Bergman WC, Tse V, Schulz RA, et al. An improved stereotactic technique for cyst cannulation. *Stud Health Technol Inform.* 1999;62:45- . 2. • Bunin GR, Surawicz TS, Witman PA, et al. The descriptive epidemiology of craniopharyngioma. *J Neurosurg.* Oct 1998;89(4):547- .
- 3. Yasargil MG, Curcic M, Kis M, et al. Total removal of craniopharyngiomas. Approaches and long-term results in 144 patients. *J Neurosurg.* Jul 1990;73(1):3-11. . • 4. Rajan B, Ashley S, Gorman C, et al. Craniopharyngioma--a long-term results following limited surgery and radiotherapy. *Radiother Oncol.* Jan 1993;26(1):1-10. • 5. Nomura H, Kurimoto M, Nagai S, et al. Multiple intracranial seeding of craniopharyngioma after repeated surgery--case report. *Neurol Med Chir (Tokyo).* Jun 2002;42(6):268-71.

Artroplastia cervical em dois níveis com disco mobi-c.

Doutor Nelson Machin. (nmachin@terra.com.br) Doutor Orlando Zamora. Doutor Michel Issa. Hospital da Cruz Vermelha Brasileira. Filialdo estado do Paraná. Brasil

Objetivo

1-Mostrar as possibilidades da técnica artroplastia cervical multinível, para pacientes com discopatia degenerativa. 2-Artroplastia cervical como alternativa de tratamento na discopatia degenerativa da coluna cervical. 3-Expor as experiências preliminares da equipe na técnica de artroplastia cervical.

MATERIAIS E METODOS

1-Paciente portador de discopatia degenerativa, com manifestações clínicas de compressão radicular, com indicação de descompressão cervical via anterior para descompressão.- Idade de 40 até 60 anos, avaliação prévia geral do estado geral, doenças concomitantes, estado físico.-Os pacientes foram submetidos a exames de: RX DA COLUNA CERVICAL, TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADORIZADA, RESSONANCIA MAGNETICA, ELETRONEUROMIOGRAFIA DOS MEMBROS SUPERIORES.-Disco artificial MOBI-C Fabricação LDR3-Quinze pacientes foram operados, incisão transversal cervical anterior, com colocação do disco artificial MOBI-C, em dois níveis, acompanhados evolutivamente nos últimos seis meses. A indicação foi hérnia de disco e compressão neurológica por osteofitos, causando radiculopatia ou mielopatia ou ambos, entre C4 até C7. A avaliação neurológica teve em conta os movimentos de flexão, extensão, rotação, dor cervical, dor nos braços.

RESULTADOS

A Idade média dos pacientes oscila entre 40 e 52 anos, 65% do sexo feminino, tempo de cirurgia médio de 120 minutos, não temos complicações transoperatórias, diminuição da dor cervical em 100% dos pacientes, diminuição da dor nos membros superiores. Atualmente encontram-se em tratamento por fisioterapia com melhora nos movimentos cervicais de flexão extensão.

CONCLUSÕES

Nosso estudo sugere que o disco artificial MOBI C, está se mostrando eficiente no tratamento da discopatia cervical multi nível. O implante permite a restituição dos movimentos, alívio da dor, sem casos reportados de migração do disco e sem complicações transoperatórias. A técnica, fácil e segura, abre o caminho para a recuperação funcional de uma articulação pseudoartrosada. A uncoartroses em graus variáveis, não necessariamente seria uma contra-indicação, e acreditamos que devolver a mobilidade a dois níveis mais seguimentos da coluna cervical, sem dúvida e um procedimento fisiológico, que fará o diferencial das técnicas de descompressão e artrodeses praticadas até hoje. A fusão inter-somática a médio o longo prazo, pode acontecer como complicação, mais este seria o resultado sempre esperado das técnicas de artrodeses. Então: porque não fazer????

Reglamento De Publicaciones De Trabajos En La Revista Latinoamericana De Columna

La revista Latinoamericana de Columna publicara articulos sobre Manejo de la Columna vertebral y temas relaciondos.

Al remitirlos diversos trabajos a esta revista de Latinoamericana de Columna es muy importante:

1. Cumplir con las Normas de envio de manuscritos indicados posteriormente.
2. Debe presentar un resumen estructurado conteniendo no menos de 200 palabras ni mayor de 250 palabras.
3. Incluir palabras claves (6 como minimo)
4. La bibliografia debe cumplir estrictamente con las normas de publicación
5. Cumplir con las responsabilidades eticas.
6. Transferir los derechos la revista de Latinoamericana de Columna

Todos los articulos recepcionados seran formalmente agradecidos, quedando a a criterio del comité editor su publicación, luego del cual se entregara un certificado de publicación.

Las correcciones que se puedan realizar a los trabajos solo estaran dados en aspectos de impresión, respetando totalmente la integridad del texto y sus CONCLUSIONES.

Los trabajos presentaos pueden tener la forma de: Los trabajos presentaos pueden tener la forma de:

1. Editoriales: Solicitados por el comité editorial tratando sobre un topico deinteres donde se exprese su opinión, siendo en un maximo de 10 paginas y 30 referencias.
2. Articulos originales: Se aceptara un maximo de 20 páginas y 60 referencias, debera estar dividido en introducción, materia y metodos, resultados, discusión y conclusiones.
3. Revisones bibliograficas: Trataran sobre el conocimiento disponible sobre un determinado tema y tener un adecuado analisis critico sobre estos; Se aceptara un maximo de 25 paginas y 100 referencias.
4. Reporte de casos: Presentar casos de particular y gran interes con un maximo de 10 paginas y 30 referencias, debera estar subdivido em introducción, caso clinico, discusión y conluciones.
5. Notas tecnicas: Deben ser revisiones criticas de nuevas técnicas y equipamieno con un maximo de 10 paginas y 30 referencias, debiendo presentar el formato de un trabajo original.
6. Articulos especializales: Trataran sobre temas relacionados con la historia de la cirugia de columna,

metodos de enseñanza y aspectos economicos, se aceptara un maximo de 10 paginas y 30 referencias.

7. Cartas al editor: Referidos a los diversas trabajos presentados, sobre los que el autor desee llamar la atención del lector con un maximo de 2 páginas y 5 referencias.

8. Resumenes de publicaciones: Articulos de revistas a los que el autor haya tenido acceso y sean de gran interes en patologia de columnna, debera tener un maximo de 5 paginas.

Preparación de los Manuscritos

Los trabajos originales pueden ser publicados en idioma español, ingles, portuges en forma indistinta. El titulo y el resumen debe tener traducción a los dos idiomas restantes ademas al del original.

Pagina de Titulos

- Titulo sin abreviaciones, con traducción al ingles, español y/o portugal según corresponda
- Nombre y apellido de los autores.
- Institución donde se realizo el trabajo o donde trabaja el autor.
- Nombre, dirección, telefono, e-mail del autor a quien se enviara la correspondencia.
- Referencias a congresos donde se haya presentado el trabajo.

Resumen Resumen

Los articulos deberan incluir un resumen en castellano, ingles y portuges, la cantidad de palabras entre 200 y 250 palabras, quepermita tener un cabal concepto del contenido. No requeriran resumenes los editoriales, revisiones ni cartas del editor.

Palabras clave

Deben referirse a los terminos del Medical Subject index (MeSH) del Index Medicus, en ordedn alfabetico.

Texto

Debe de contar con los siguientes elementos:
Describe el presente estao del conocimiento y objetivo de la investigación.

material y métodos:

Descripción clinica de los sujetosm usados en el

trabajo, identificación de la metodología, equipamientos y procedimientos con suficiente detalle como para permitir la reproducción los RESULTADOS. Se debe especificar métodos bien conocidos y de no ser los hacer una breve descripción, procedimientos estadísticos, justificar su uso y establecer sus límites. En el caso de drogas, debe indicarse su nombre genérico, dosis y vía de administración, se puede colocar el nombre entre parentesis. Las unidades de medida debe estar en unidades métricas, grados centígrados y milímetros de mercurio, las mediciones hematológicas y bioquímicas deben estar expresadas siguiendo el International System of Units (IS). Se deben evitar símbolos y abreviaturas poco conocidos, en todos los casos, estas deben ser aclaradas la primera vez que se usan en el texto

Resultados:

Deben presentarse como tablas estadísticas o gráficas, o procesados estadísticamente y expresados en el texto en forma concisa.

Discusión y conclusiones:

comentario sobre los resultados, con posible comparación con datos de la literatura, también debe consignarse la importancia en la práctica clínica y la investigación; la discusión deberá ser rigurosa y de acuerdo a los datos experimentales.

Referencias:

Sólo los autores citados en el texto, debiendo ser enumerados con números arábigos, en el orden en que aparecen por primera vez. Las referencias deben ser expresados en el formato estándar aprobado por el Committee of Medical Journal Editors.

Tablas:

Cada tabla deberá ser enviada en una hoja separada, numerada en números romanos y acompañada de un título corto. Deben ser referenciadas en el texto. Deberá enviarse además un Cd con la tabla o gráfico escaneado en formato BMP o Tiff, no menor de 640 x 480.

Figuras:

Deberán enviarse escaneadas en Cd, en formato Tiff o Bmp, no menores de 640x480, acompañadas de una imagen impresa de la misma, en cuya posterior deberá constar nombre del primer autor, número de figura (en números arábigos) título del artículo y orientación de la figura (señalado por una flecha). Las fotografías deberán estar asociadas a un texto de no más de 25 palabras donde, en el caso de cortes histológicos deberá constar el aumento utilizado y la técnica de coloración.

Remisión del Manuscrito:

Los trabajos pueden ser remitirse en inglés, español o portugués. Para la publicación en esta revista pueden ser enviados mediante los siguientes medios:

1. Trabajos en papel por correo postal: Se remitirá tres copias del ejemplar junto a un Cd con el archivo correspondiente dirigido a: _____
2. Trabajos por correo electrónico: Serán remitidas al comité editor en la siguiente dirección: einerconcha@hotmail.com o albasurco@hotmail.com.

Presentación de los Manuscritos:

1. Los trabajos se acompañarán de una carta de presentación dirigida al director de la revista, donde se hará constar la conformidad de todos los autores con el contenido de la revista.
2. Todas las hojas deberán ir enumeradas en forma correlativa, comenzando por la página del título incluyendo las tablas y figuras.
3. La primera página incluirá el título del manuscrito, nombre y apellidos de cada autor, nombre del departamento/s, institución/es donde se ha realizado el trabajo y, por último, nombre y dirección del autor responsable de la correspondencia y de la solicitud de las separatas incluyendo el correo electrónico.
4. La segunda página deberá incluir título del trabajo, autores, resumen, palabras clave.
5. Las demás hojas tendrán las diferentes partes del trabajo.
6. En las últimas páginas se incluirán las figuras y las tablas, las tablas, una de ellas, junto a los pies correspondientes.
7. Los agradecimientos y menciones especiales deben de constar en hoja aparte.

ENCAMINHAMENTO DO RESUMO

Utilizar o programa Word para Windows.

Idioma: Português, Espanhol ou inglês (os textos não serão revisados)

Letra: Arial, estilo normal, tamanho 12, espaçamento simples, não justificado e sem parágrafo.

Folha A4 (210mm x 297mm)

Margens: superior e esquerda de 3cm e inferior e direita de 2.5cm.

Texto com o máximo de 3500 caracteres. (controle do # de caracteres Ir em Ferramentas / Contar palavras...)

TÍTULO: Completo, em letras maiúsculas, negrito, com recuo de 03cm da margem esquerda, contendo até no máximo 03 linhas. Não escrever a palavra "título" no início do parágrafo. **AUTOR (ES):** Iniciar pelo sobrenome do autor principal, em negrito, seguido dos demais nomes. Idem para os nomes dos demais autores, sem utilizar o negrito. Sublinhar o nome do apresentador. Não escrever "autor (es)" no início do parágrafo. Os nomes devem estar separados por ponto e vírgula. Texto justificado à esquerda. **INSTITUIÇÃO:** Digitar o nome da instituição em que foi realizado o trabalho e se possível a identificação funcional dos autores neste mesmo espaço.

TEXTO: Deixar dois espaços simples entre a instituição e o texto, o qual deverá conter os seguintes sub-títulos: *Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões, "Disclosures"* (Situação na ANVISA e/ou FDA; Declaração de envolvimento pessoal, comercial e/ou institucional, com produtos e/ou técnicas apresentadas no trabalho), *Conflito de Interesses e Palavras Chaves* (no máximo de 04), com base no Index Medicus, obedecendo a ordem citada. Será permitida a inclusão de até 02 imagens, em JPG, que serão consideradas para fins de contagem de caracteres.