



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

211/18 - Soy muy joven, estoy arruinada

A. Arias Rosario^a, S. Méndez Desena^b, A. Moronta de la Cruz^c, V. Báez Pimentel^c, A. Romero García^b y D. Rosario Lapix^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Condesa. León. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés del Rabanedo. León. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Trobajo del Camino. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 42 años. Antecedentes personales: alérgica a terramicina, sulfamidas, síndrome ansioso depresivo, IQ: columna lumbosacra 5 veces, hernia discal lumbar L5-S1 (sept. 2009), reintervenida (nov 2010), por recidiva de la referida hernia discal lumbar, seguida por Neurocirugía. La paciente consulta frecuentemente a su MAP, por persistencia del dolor lumbar refiriendo hipoestesia en territorio L5-S1 izquierdo, por lo cual se deriva a consulta de Traumatología porque la próxima consulta con neurocirugía es dentro de 4 meses. En consulta de traumatología se solicita resonancia magnética lumbar que muestra signos de fibrosis cicatricial marcada englobando las raíces L5-S1 izquierdas y espondiloartrosis, Se pautan antiinflamatorios esteroideos y rehabilitación sin mejoría. Se le recomienda a la paciente perder peso, se deriva nuevamente a Neurocirugía, vista en enero 2012 persiste la parestesias y dolor lumbar constantemente por lo cual se decide incluirla en lista de espera quirúrgica. Con fecha 24/10/2012 la paciente es intervenida quirúrgicamente efectuándose una microdescompresión y liberación de las raíces L5-S1 izquierda, de extenso proceso inflamatorio fibrótico cicatricial y se completa la cirugía con artrodesis transpedicular L4-L5-S1. En el postoperatorio inmediato se verifica un déficit motor grado 4/5 para la extensión plantar y ciática S1 derecha motivo por lo cual se solicita TAC lumbar urgente donde se evidencia que el tornillo LS1 derecho está ligeramente medializado irritando la raíz S, Donde se decide reintervenir a la paciente nuevamente 26/10/2012 para reposicionar el tornillo S1 derecho, en el postoperatorio franca mejoría de las disestesias e hipoestesia en miembro inferior izquierdo, con diagnóstico de espondiloartrosis lumbar, artrodesis y liberación microquirúrgica de las raíces L5-S1 de proceso inflamatorio fibrótico cicatricial. En tratamiento con Neobrufen cada 12 h, Neurotin 400 c/12 hasta ser vista en consulta. La paciente evoluciona favorablemente. En junio del 2015 inicia nueva clínica de disestesia e hipoestesia de miembro inferior izquierdo, por la cual se deriva a traumatología se realiza TAC lumbar evidenciando tornillos desplazados, por lo cual se decide programar para cirugía para Recambio de tornillos, para nuevo aporte óseo, reintervenida en 24/12/15, procedimientos realizados fusión vertebral anterior l4-l5, escisión del disco intervertebral l4-l5, descompresión del canal espinal L4-L5. La paciente actualmente solo dice cuando llega a la consulta a por analgésico soy muy joven doctora para estar pasando por todos esto son 5 cirugías, no puedo sentarme mucho tiempo, no puedo realizar ciertos movimientos ni esfuerzos, cómo estaré cuando tengo 60 años siempre y cuando no se me presente nuevamente otra cirugía, no puedo más; el neurocirujano dice que ya todo irá muy bien, yo trato de vivir el día a día, de mañana no sé. La estenosis del canal lumbar es un cuadro definido como cualquier tipo de estrechamiento del canal raquídeo, de los canales de las raíces nerviosas o de los agujeros intervertebrales. Este cuadro tiene diversas etiologías como alteraciones congénitas como la acondroplasia, postraumática o metabólica, sin embargo, la causa más frecuente de estenosis de canal es la degenerativa; además, el envejecimiento progresivo de la población y el aumento de

la esperanza media de vida hacen que se incremente paulatinamente la incidencia de los cuadros producidos por la degeneración de la columna lumbar. Las técnicas quirúrgicas están basadas en la descompresión de los segmentos estenóticos, a lo que se puede añadir la fusión posterolateral para estabilizarlos dichos segmentos, con o sin instrumentación consistente en una fijación con tornillos transpediculares o fusión intersomática. Las teóricas ventajas de una fusión instrumentada son las mejores tasas de fusión con menor riesgo de pseudoartrosis, la disminución del tiempo de rehabilitación y una mejora clínica del paciente. En nuestro trabajo se trata el análisis de las causas de reintervención quirúrgica en los pacientes diagnosticados por estenosis de canal con o sin espondilolistesis degenerativa, en los que el tratamiento de entrada ha sido una descompresión con laminectomía más o menos amplia dependiendo de la estenosis y una fusión posterior instrumentada con tornillos transpediculares. La fractura de tornillos se produce generalmente a nivel sacro en tornillos de poco diámetro (5 mm) en la zona del cuello del tornillo, que es la zona más crítica. Otras complicaciones estarían en relación con problemas de la técnica quirúrgica, viéndose malposición de los tornillos transpediculares. El fallo del sistema de fijación por aflojamiento del mecanismo transversal se produce de forma súbita. En estas complicaciones precoces de la fijación transpedicular, sobre todo las lesiones neurológicas por una posible malposición, conllevan la necesaria realización de un estudio de imagen, empezando por una Rx simple, la cual nos aporta poca información. Es necesaria la realización de una TAC de la zona de la instrumentación o una resonancia magnética (RM), sobre todo en secuencias T1, que es donde se observan menos artefactos producidos por el titanio de la fijación.