

Mobilización de la placa de artrodesis y del injerto autólogo en el tratamiento quirúrgico de una mielopatía cervical

Mobilisation of the arthrodesis and autologous grafting in the surgical treatment of a cervical myelopathy

**Peral Infantes, I. M.
Queipo de Llano Jiménez, E.**

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
(E. Queipo de Llano Jiménez.)

RESUMEN

Para el tratamiento quirúrgico de la estenosis del canal medular a nivel cervical se han descrito multitud de técnicas encaminadas a aliviar la compresión sobre el cordón medular y mantener la estabilidad espinal. Estos procedimientos, unos por vía anterior y otros por vía posterior, conllevan la artrodesis del segmento afectado mediante injerto óseo y fijación con osteosíntesis.

En ocasiones se producen complicaciones postquirúrgicas, como es el caso que se presenta, que sufrió a los dos meses de la intervención movilización del injerto y de la placa de fijación cuando ya estaba parcialmente consolidada la artrodesis. En la nueva intervención es retirada la placa y fijado el injerto con un tornillo, obteniéndose la curación.

ABSTRACT

For the surgical treatment of stenosis of the medullar canal at cervical level, a multitude of techniques have been described with the object of alleviating the compression on the medullar cord and maintaining spinal stability. These procedures, some of which are carried out using an anterior approach and others with a posterior, are accompanied by arthrodesis of the affected segment through bone grafting and fixation with osteosynthesis.

Sometimes there are post-surgery complications, as in the case presented, where two months after the operation both the graft and the fixing plaque moved when the arthrodesis was partially consolidated. In another operation the plaque was removed and the graft fixed with a screw, and the healing process took place.

Palabras clave: Raquis cervical. Artrodesis. Complicaciones.

Key words: Cervical spine. Arthrodesis. Complications.

INTRODUCCIÓN

La estenosis del canal raquídeo es un síndrome caracterizado por la compresión de las raíces ner-vio-

sas y/o del cordón medular dentro del canal raquídeo. Las causas pueden ser múltiples, siendo las más comunes las degenerativas, que son más fre-

Correspondencia: Dra. Isabel María Peral Infantes.
C./Isaac Peral, 3-6-4. 29004 Málaga.

Recepción: 27-IX-2001. *Aceptación:* 2-X-2001
N.º Código: 6056-6213

cuentas en varones entre la quinta y sexta décadas de la vida. La estenosis del canal medular puede afectar a toda la columna, pero las áreas más frecuentemente implicadas son la lumbar y la cervical. La mielopatía cervical espondilótica es la primera causa de disfunción del cordón espinal en pacientes mayores.

La meta del tratamiento quirúrgico es aliviar la compresión del cordón medular y mantener la estabilidad espinal, lo que conllevará a la desaparición o mejoría de los síntomas neurológicos. Se han descrito numerosas técnicas quirúrgicas, pero esencialmente se pueden resumir en unos pocos procedimientos quirúrgicos: los realizados por vía anterior (discectomía, Smith Robinson, Cloward, somatectomía a uno o varios niveles) y los realizados por vía posterior (laminectomía, laminoplastia expansiva).

La severidad de la mielopatía puede valorarse por los criterios de la Asociación Ortopédica Japonesa —

Japanese Orthopedic Association (JOA)— y la alteración de la marcha, según la clasificación de Nurick.

MATERIAL Y METODOS

Presentamos el caso de un paciente varón de cuarenta y ocho años de edad que acude a la consulta por cervicobraquialgia irradiada a miembros superiores, marcha espástica e hiperreflexia de miembros superiores e inferiores. Su situación normal es Nurick 3 (marcha con dificultad) y JOA 10 (presenta dificultad para abrocharse por sí mismo los botones de la camisa).

En la RNM se aprecia una severa estenosis del canal raquídeo a nivel de C3-C4, C4-C5 y C5-C6. En el nivel C5-C6 se aprecian también signos de una imagen brillante en la proyección potenciada en T2 (Figs 1 y 2).

El paciente fue intervenido quirúrgicamente en noviembre de 2000. Se le practicó una somatectomía C4-C5 y una artrodesis C3-C6 por vía de abordaje anterior, con placa AO e injerto autólogo de cresta iliaca. El postoperatorio cursó sin incidencias y fue dado de alta mejorado clínicamente, con menor dificultad para la marcha y una mayor autonomía funcional (Nurick 2, JOA 15).

A los dos meses de la cirugía el paciente acudió a la consulta para revisión de la intervención. Había empeorado clínicamente (Nurick 2, JOA 12). En la radiografía de control se observó una movilización de la placa de artrodesis y del injerto. Fue intervenido de forma urgente, apreciándose en la operación que la artrodesis estaba completamente consolidada caudalmente y en el extremo proximal había una pequeña movilidad. Se retiró la placa, se redujo el grosor del injerto y se atornilló la parte proximal del injerto a C3 con un tornillo de esponjosa de pequeños fragmentos.



Figs. 1 y 2.—En la RNM se aprecia una severa estenosis del canal raquídeo a nivel de C3-C4, C4-C5 y C5-C6.

Figs. 1 and 2.—In the MRI scan a severe lumbar stenosis at the C3-C4, C4-C5 and C5-C6 level is observed.





Figs. 3 y 4.—Artrodesis del injerto a C3 mediante un tornillo de pequeños fragmentos.

Figs. 3 and 4.—Arthrodesis of the graft to C3, using a small fragments screw.

RESULTADOS

El postoperatorio inmediato transcurrió sin incidencias y el paciente fue dado de alta. Ha vuelto

a la situación clínica previa al alta hospitalaria (Nurick 2, JOA 15). En la radiografía se aprecia una aparente consolidación de la artrodesis.

BIBLIOGRAFÍA

- Dorward RH, Vogler JB, Helms CA. Spinal stenosis. *Radiol Clin North Am* 1983;21:301-25 .
- Douglas R, Zdeblick T. Cervical spondylotic myelopathy. *Clin Orthop* 1999;359:58-66 .
- Maurice-Williams RS, Dorward NL. Extended anterior cervical discectomy without fusion. A simple and sufficient operation for most cases of cervical degenerative disease. *Br J Neurosurg* 1966;10:261-6.
- Hirabayashi K, Toyama Y. Expansive laminoplasty for myelopathy in ossification of the longitudinal ligament. *Clin Orthop* 1999;359:35-48 .

Mobilizzazione della placca di artrodesi e dell'innesto autologo nel trattamento chirurgico di una mielopatía cervicale

RIASSUNTO

Per il trattamento chirurgico della stenosi del canale midollare a livello cervicale si hanno descritto numerose tecniche dirette ad alleviare la compressione sul cordone midollare e mantenere la stabilità spinale. Questi procedimenti, alcuni per via anteriore ed altri per via posteriore comportano l'artrodesi del segmento colpito mediante innesto osseo e fissazione con osteosintesi.

In alcune occasioni si producono complicazioni postchirurgiche, come nel caso che si presenta, in cui il paziente soffrì ai due mesi del intervento una mobilizzazione dell'innesto e della placca di fissazione quando la artrodesi già era parzialmente consolidata. Nel nuovo intervento viene ritirata la placca e fissato l'innesto con una vite, ottenendo la guarigione.

Mobilisation de la plaque d'arthrodèse et du greffon autologue dans le traitement chirurgical d'une myélopathie cervicale

RÉSUMÉ

Pour le traitement chirurgical de la sténose du canal médullaire au niveau cervical, de nombreuses techniques destinées à soulager la compression sur le cordon médullaire et à maintenir la stabilité spinale ont été décrites. Ces procédés, les uns par voie antérieure, et d'autres par voie postérieure, supposent l'arthrodèse du segment touché au moyen de greffe osseuse et fixation avec ostéosynthèse.

Dans certains cas, surgissent des complications post-chirurgicales, comme dans le cas qui est présenté, malade qui, deux mois après l'intervention, souffrit une mobilisation de la greffe et de la plaque de fixation alors que l'arthrodèse était partiellement consolidée. Lors d'une nouvelle intervention, la plaque est retirée et le greffon fixé avec une vis, ce qui aboutit à la guérison.

Bewegungen der Platte der Arthrodese und des autologen Implantat bei der chirurgischen Behandlung einer Myelopathie des Genicksg

ZUSAMMENFASSUNG

Zur chirurgischen Behandlung der Stenose des Knochenmarkkanals in der Höhe des Genicks sind eine grosse Zahl von Techniken beschrieben worden, durch die der Druck auf den medullären Strang gelindert und die Stabilität des Rückgrats beibehalten werden soll. Diese manchmal auf dem Weg der Vorderseite und manchmal auf dem der Hinterseite durchgeführten Verfahren erfordern die Versteifung des Gelenkes durch ein Knochenimplantat des betroffenen Abschnittes und seine Befestigung durch Osteosynthese.

In manchen Fällen treten Komplikationen nach dem Eingriff auf, wie es im hier vorgestellten Fall geschah, bei dem zwei Monate nach dem operativem Eingriff, als die Gelenkversteifung schon teilweise konsolidiert war, das Implantat und die Befestigungsplatte sich zu bewegen anfangen. Bei der erneuten Operation wurde die Platte entfernt und das Implantat mit einer Schraube befestigt, wodurch die Heilung erreicht worden ist.