

XLV SEMINARIO SATO

TÉCNICAS PERCUTÁNEAS EN CIRUGÍA DE RAQUIS TORACO-LUMBAR Sevilla 19 y 20 de Mayo de 2006

ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LA CEMENTACIÓN VERTEBRAL PERCUTÁNEA EN NUESTRO CENTRO

A. Jiménez-Martín*
F. Mañas-Martínez*
E. López-Vidriero-Tejedor*
S. Expósito-Triano*
F. Castilla-Serrano*
R. Mena-Bernal-Escobar*
C. Galera-Díaz, JR. Almeida**

*Servicio de COT. Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. España.

**Servicio de Estadística, Unidad de Investigación. H.U. Nuestra Señora de Valme. Sevilla. España.

Introducción y objetivos. Las técnicas de cementación vertebral percutáneas han mejorado la calidad de vida en pacientes con fracturas vertebrales, especialmente osteoporóticas. Nuestro objetivo es revisar 19 pacientes intervenidos en nuestro centro y analizar la mejoría conseguida.

Material y métodos. Estudio retrospectivo sobre 10 cifoplastias, 9 vertebroplastias, 6 hombres, 13 mujeres, 78,9% de fracturas en charnela toracolumbar, 73,7% frente a traumatismos menores, Genant I (42,1%), 21,1% de afectación del muro posterior, con un 10,5% de estenosis de canal, 31,6% con fuga de cemento. Se analiza el test Oswestry, la cifosis vertebral, regional, ángulo de Cobb, hundimiento del muro anterior, analgésicos usados, escala analógica visual del dolor (VAS), entre otros.

Resultados. Con la cifoplastia conseguimos una corrección de la cifosis vertebral estadísticamente significativa ($p = 0,024$) y con la vertebroplastia una corrección del hundimiento vertebral estadísticamente significativa ($p = 0,014$). No se hallaron diferencias significativas en los resultados del test Oswestry entre ambas técnicas, aunque sí hubo una mejoría significativa global. El tiempo de in-

tervención fue mayor en las cifoplastias ($100 \pm 44,53$ minutos), al igual que el tiempo de radiación ($5,70 \pm 1,33$ minutos) o el precio ($4026,40 \pm 1016,14$ euros). La reducción del dolor (VAS) fue mejor para las cifoplastias (de $9,70 \pm 1,76$ a $3,50 \pm 1,84$ puntos) que en las vertebroplastias (de $9,89 \pm 0,33$ a $6 \pm 2,06$ puntos.)

Conclusiones. En nuestra experiencia la cifoplastia consigue una corrección mayor de la cifosis y del dolor que la vertebroplastia, a pesar de su mayor coste y mayor dosis de radiación.

VERTEBROPLASTIA PERCUTÁNEA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR RAQUÍDEO MOTIVADO POR FRACTURAS VERTEBRALES DE ORIGEN OSTEOPORÓTICO Y POR LESIONES VERTEBRALES DE CAUSA TUMORAL

A.L. Pérez Abela
R.M. Álvarez Osuna
E. López Herrada
F. Acosta Collado
F. Ruiz Santiago
N. Godoy Abad

Servicio de COT. Hospital Universitario «Virgen de las Nieves». Granada. España.

Objetivo. Comunicar los resultados de nuestra unidad con la vertebroplastia/cifoplastia percutánea para el tratamiento del dolor vertebral secundario a fractura osteoporótica o lesión tumoral

Material y método. Se trata de un estudio de serie de casos prospectiva que incluye los primeros 80 pacientes tratados por la Unidad de Columna del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

A) Como variables dependientes se consideran la evolución del dolor del paciente; así como la capacidad funcional. El dolor se mide mediante una

escala analógico-visual y el Cuestionario McGill de valoración del dolor, mientras que la capacidad funcional se mide con el Índice de Discapacidad de Oswestry; previos al tratamiento, al mes y a los 6 y 12 meses tras la intervención.

B) Como variables independientes se incluyen el tipo de lesión, el tiempo de evolución, la edad, el sexo, los antecedentes personales, el lugar de procedencia del paciente, etc.

Resultados. Los resultados se expresan en términos de cuantificar la disminución del dolor (Escala McGill y E.V.A.), la mejora de la capacidad funcional (Índice de discapacidad de Oswestry) y la disminución del consumo de analgésicos entre los valores pre y postintervención.

En todos los parámetros se obtiene una mejoría, con diferencias estadísticamente significativas, en el 75-90% de los pacientes para ambas técnicas.

También se aportan las diferencias entre los resultados obtenidos con vertebroplastia y con cifoplastia.

Conclusiones. Tanto la vertebroplastia como la cifoplastia consiguen disminuir significativamente el dolor y aumentar la capacidad funcional de los pacientes intervenidos.

Existen mejores resultados con ambas técnicas en fracturas osteoporóticas/hemangiomas que en lesiones tumorales, aunque en ambos casos se consiguen entre un 75 y un 90% de excelentes/buenos resultados.

La cifoplastia tiene una menor tasa de fugas y un mejor restablecimiento del perfil sagital, aunque esto no siempre se traduce en una diferencia clínica.

las articulaciones vertebrales posteriores generando un dolor lumbar en masa muscular para vertebral; el dolor es de características mecánicas que empeora con la flexión dorsal y las rotaciones, sin presentar signos clínicos de radiculalgia.

Entre los distintos tratamientos para el dolor de origen facetario se encuentra la denervación por radiofrecuencia de la rama media de ramo posterior.

En nuestra técnica realizamos una infiltración de bloqueo periarticular de rama medial previa para el diagnóstico del síndrome facetario. Tras la mejoría de los síntomas se propone para tratamiento de por rizólisis percutánea.

Se realiza de forma ambulatoria bajo control de escopia se localiza con el rizoelectrodo la localización entre la unión de faceta superior y la apófisis transversa realizando una electrocoagulación para la denervación de la articulaciones facetarias.

En nuestro estudio hemos revisado retrospectivamente 18 pacientes desde 1995 hasta 2003. El 54% de los pacientes eran varones y el 44% eran mujeres, todos los pacientes presentaban una edad media de 45 años. La mayoría de los hombres tenían trabajos de esfuerzo y hasta 6 pacientes estaban de baja laboral al ser vistos en consulta. En las mujeres 5 pacientes eran ama de casa y 3 trabajaban fuera del hogar. El EVA se preoperatoriamente de 8 que descendían hasta 3 en el EVA postoperatorio a los 6 meses. Tiempo de mejoría de los síntomas persistió durante 13 meses. Entre los niveles infiltrados el más frecuente es el L4-S1. Al año el 50% de los pacientes tomaban medicación analgésica de forma esporádica.

TRATAMIENTO POR RIZOLISIS PERCUTANEA EN SÍNDROME FACETARIO

M. Tello Rodríguez

B. Del Águila Robles

R. Mena-Bernal Escobar

F. Castilla Serrano

Servicio de COT. Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. España.

El dolor crónico de espalda produce un impacto socioeconómico enorme en la economía mundial. El origen dolor lumbar en ocasiones se localiza en