

Comentario de los trabajos presentados por la Sociedad Argentina de Patología de la Columna Vertebral

Dr. ERNESTO BERSUSKY

Estos trabajos exponen muchas ideas para charlar, discutir e intercambiar experiencia.

Del trabajo de Reina y colaboradores cabe mencionar que, al igual que los autores, pensamos que la técnica de Galveston es el mejor procedimiento de fijación del raquis a la pelvis.

En nuestra experiencia las correcciones en el valor angular de la escoliosis y la oblicuidad pelviana han sido muy satisfactorias, aunque no completas.

Como nuestros pacientes son más pequeños que el grupo presentado, a veces nos es muy dificultoso utilizar barras de 6,4 mm y nos vemos obligados al uso de barras más delgadas que, al ser más elásticas, no nos permiten obtener correcciones completas.

Este inconveniente lo hemos solucionado en parte con el uso de conectores laterales que colocamos inmediatamente después de implantar las barras en los ilíacos. Se colocan construyendo un paralelogramo de fuerzas que neutraliza la elasticidad y nos permite bascular la pelvis en sentido contrario a la oblicuidad y así poder reducirla.

Una observación muy importante de los autores es que la marcha no se halla afectada por la fijación pelviana.

Nosotros, que ya sumamos más de una veintena de casos, no hemos realizado este procedimiento en pacientes ambulatorios y prácticamente lo hemos reservado para la escoliosis de etiología neuromiopática en la que se debe fijar al sacro, por lo cual no hemos tenido la oportunidad de realizar observaciones similares.

Es nuestra opinión que a los pacientes

con mielomeningocele o con importante rigidez de la oblicuidad pelviana se les debe realizar antes una artrodesis anterior, con o sin instrumentación, y luego la artrodesis posterior con la técnica en estudio.

La única pérdida de corrección importante que hemos tenido fue debido a un fenómeno de cigüeñal en una escoliosis por cuadriplejía espástica en una paciente demasiado joven. Se le realizó una reexploración, hallándose un callo óseo excelente y sin pseudoartrosis.

No hemos utilizado corsés postoperatorios. Creo que en el tipo de pacientes que tenemos (exclusivamente neuromiopático) la eliminación del corsé postoperatorio es importante. Pero si el paciente es grande o ambulatorio considero que la indicación es indiscutible. Recomendamos la utilización de los conectores transversales para evitar los movimientos de rotación de la barra, los cuales no se ven impedidos por ningún otro detalle de técnica.

Coincidimos con los autores en todo lo expuesto en las conclusiones.

Esta técnica, si bien es ampliamente satisfactoria para lograr los objetivos de:

- a) corrección de la deformidad espinal,
- b) oblicuidad pelviana, y c) equilibrio del tronco con una fuerte fijación al sacro, requiere de cirujanos con un alto entrenamiento en la cirugía espinal.

Quiero nuevamente felicitar a los autores por la minuciosidad del análisis de los casos presentados. Demuestra que muchas veces no es necesario presentar centenas de casos si el análisis y las con-

clusiones están hechos con la seriedad demostrada en este trabajo.

En cuanto al trabajo de Rositto y colaboradores, podemos comentar que su casuística es realmente importante.

Debo señalar que coincidimos con los autores en la importancia del estudio dinámico del ápex de acuerdo con los conceptos de Dubousset. Este establece tres tipos de deformidad:

- a) Pacientes con irreductibilidad completa de la curva y del ápex.
- b) Pacientes con reductibilidad de la curva y del ápex.
- c) Pacientes con reductibilidad parcial de la curva con ápex irreductible.

Sería importante continuar el estudio de estas categorías y que la comparación entre ellas nos permita en un futuro establecer comportamientos, indicaciones y evoluciones diferenciadas.

En cuanto a la conducta terapéutica, que en esencia compartimos, quiero marcar algunas pequeñas diferencias.

La artrodesis posterior simple sólo la realizamos en pacientes por debajo de los 2 años + 6 meses, debido al importante componente cartilaginoso de los cuerpos vertebrales. Pero una vez que estos pacientes llegan a esta edad, les completamos el tratamiento con una artrodesis anterior.

No recomendamos la utilización de costilla como único injerto. Hemos observado una mayor plasticidad del injerto de costilla con progresión de la cifosis durante el crecimiento. Por esta razón lo utilizamos solamente como coadyuvante junto a un buen arbotante de peroné.

También pensamos que la tracción entre los tiempos quirúrgicos puede ser peligrosa cuando se trata de cifosis angulares. De todas maneras, acordamos que el ápex debe ser reductible para instalarla.

Creemos que el corsé ortopédico es sólo para demorar una cirugía segura. El corsé mecánicamente no puede manejar curvas tanto cifóticas como escolióticas cuando el radio es corto.

Acordamos con los autores que la corrección del valor angular es moderado y no se debe ser ambicioso en ese sentido.

El objetivo de la cirugía es en primera y última instancia dotar a la columna de un eje por donde se transmita el peso del tronco y detener una cifosis altamente incapacitante en términos no solamente estéticos sino cardiorrespiratorios y neurológicos.

Por último deseo felicitar nuevamente a los autores de los dos trabajos presentados por la alta calidad de los mismos y expresar públicamente que yo en lo personal, y toda la Sociedad Argentina de Patología de la Columna Vertebral en general, nos sentimos realmente satisfechos por el nivel que ha alcanzado la cirugía espinal en nuestro país, así como también la calidad cada vez creciente de los trabajos que se publican.