

Espondiloptosis: técnica de Gaines

JORGE GELOSI

Hospital Británico, Buenos Aires.

El tratamiento de la espondiloptosis sigue siendo motivo de controversias.

Si bien Weinstein ha descrito casos asintomáticos, la mayoría de los autores coinciden en la necesidad de tratamiento quirúrgico en aquellos casos que presentan:

1. Déficit neurológico
2. Dolor incapacitante en región lumbar y/o miembros inferiores
3. Progresión radiológica evolutiva

Las posibilidades terapéuticas oscilan desde la artrodesis *in situ*, hasta la descompresión y artrodesis por doble vía con intento de reducción o sin él. La bibliografía muestra que, con todas las técnicas, inclusive con la artrodesis *in situ* (Schoenecker Maurice, Dandy 12%), se han registrado complicaciones neurológicas importantes; la mayor incidencia (aproximadamente del 30%) se registra en los intentos de reducción (Bradford, Dewald, Transfeldt).

En 1985, Gaines publica, en la revista *Spine*, 2 casos de una técnica de tratamiento quirúrgico que consiste en la vertebrectomía completa de L5, la vértebra ptósica y la reducción de L4 sobre S1 por doble abordaje (anterior y posterior diferido).

La limitada experiencia internacional con esta técnica, así como la introducción de modificaciones a la técnica original, motivan la presentación del siguiente caso.

Se trata de una joven de 19 años de edad, con espondiloptosis completa de L5, y sintomatología de dolor incapacitante en región lumbar, irradiado a ambos miembros inferiores con territorio ciático, de 2 años de evolución, sin mejoría con el tratamiento médico ni fisiátrico. En el examen físico, presentaba tronco con deseje sagital característico, Lasegue bilateral a 35°; espasmo de músculos isquiotibiales con ángulo poplíteo de 50° y reflejos simétricos bilaterales, sin déficit motor. Se procedió a la reducción por vertebrectomía L5 en 2 tiempos. El primer tiempo se realizó por vía anterior, que incluyó una modificación en cuanto a incisión y abordaje, ya que, en la técnica original-

mente descrita por Gaines, la incisión abdominal era transversal con desinserción de ambos rectos del abdomen y abordaje transperitoneal. En el caso que presentamos, realizamos una incisión paramediana izquierda siguiendo el borde externo de la vaina del recto anterior del abdomen, sin sección de fibras musculares, incidiendo sucesivamente la hoja anterior y posterior de la vaina, y accediendo al raquis por vía extrarretroperitoneal. Se procedió a la exposición de ambos paquetes ilíacos primitivos derecho e izquierdo antes de comenzar con la corpectomía de L5, la cual deberá comenzarse por la exéresis discal L4-L5 que es el primer elemento que se nos presenta, luego el cuerpo de L5 y, por último, el disco L5-S1 oculto tras el cuerpo de L5 y hasta poder ver completamente libre la cara anterior del sacro. Después de la remoción ósea y discal, dejamos un drenaje en el lecho operatorio. Se reconstruye en 2 planos con *surget* continuo; la vaina del recto y planos superficiales, en la forma habitual.

A la semana, realizamos el tiempo posterior; la paciente permaneció internada en cama entre los tiempos.

El segundo tiempo por vía posterior consistió en:

- Abordaje mediano y exposición subperióstica del raquis entre L2 y S1.
- Colocación temporaria de tornillo pedicular en L2 unilateral (derecho) y definitiva en S1 (derecho) para poder colocar el *outrigger* de Harrington.
- Ligera distracción L2-S1 con *outrigger*.
- Resección del arco posterior L5, inclusive pedículos y ambas transversas.
- Preparación mediante cureteado de platillo inferior L4 y superior S1 en preparación para artrodesis intersomática.
- Reducción de L4 sobre S1 soltando el *outrigger* y acompañando a L4, se lo tomó por su espinosa con Davier de Farabeuf.
- Una vez constatada la reducción de L4 sobre S1 con control radioscópico, se procedió a instrumentación pedicular L4-S1 bilateral con sistema Diapasón (Stryker) de barras y tornillos en titanio.
- Se constató la adecuada salida de las raíces L4 y L5 por el agujero de conjunción formado, ahora, entre el pedículo de L4 y el pedículo tanto de derecha como a izquierda.

Recibido el 9-11-1999. Aceptado luego de la evaluación el 8-09-2000.

Correspondencia:
Dr. J. GELOSI
Hospital Británico
Perdiel 74
(1280) Buenos Aires,
Argentina

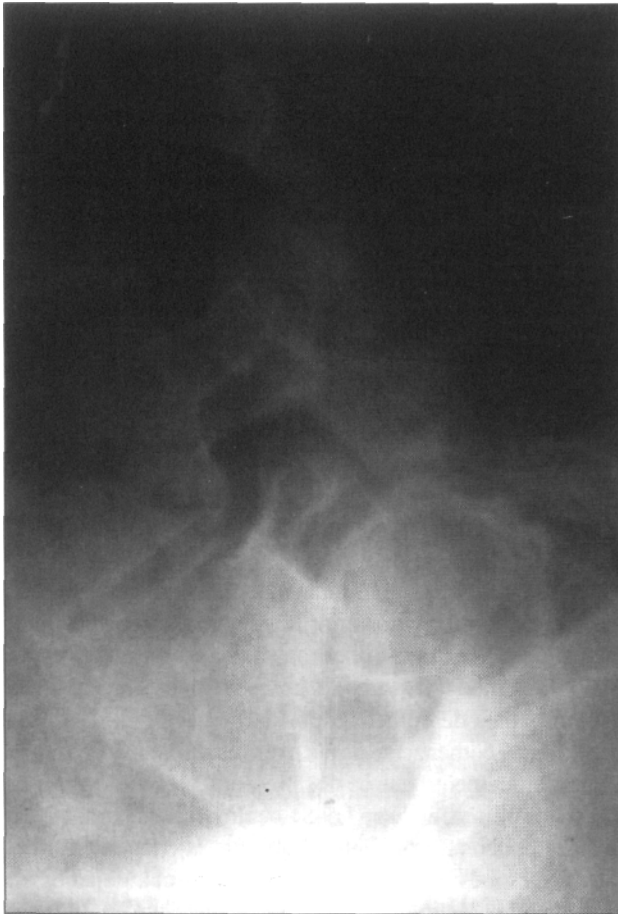


Figura 1. Radiografía de columna de perfil que muestra espondiloptosis completa de L5.

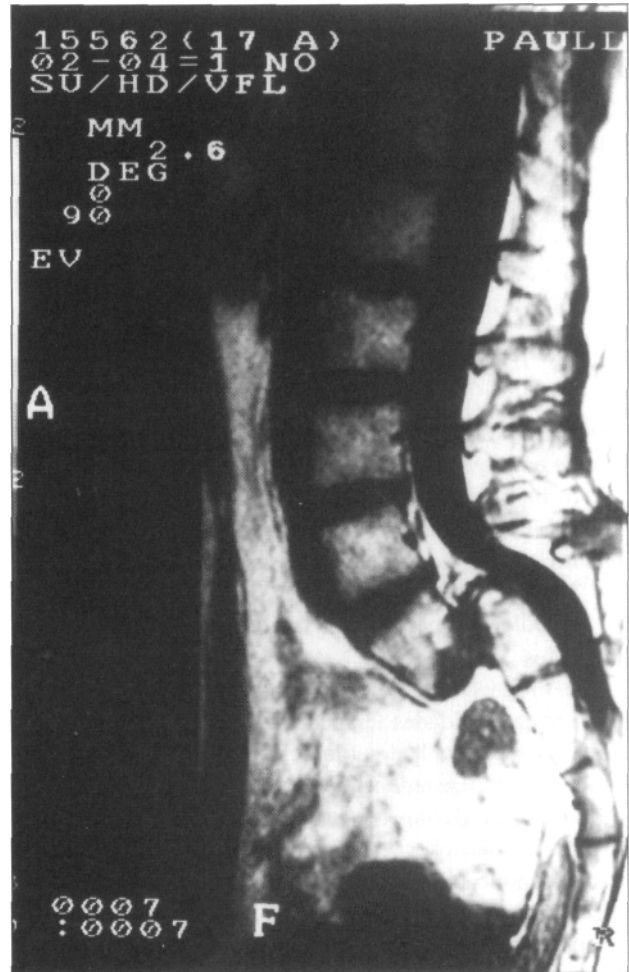


Figura 2. Resonancia magnética preoperatoria. E. ptosis L5.

- Se procedió luego a artrodesis posterolateral L4-S1 con abundante injerto corticoesponjoso.
- Cierre por planos dejando drenajes.

No hubo intercurencias ni complicaciones en este caso; a la semana del segundo tiempo, el paciente comenzó a deambular con un corsé termoplástico, inclusive un muslo que usó por 3 meses, y corsé sin muslo por 3 meses más. En los casos publicados originalmente por Gaines, los pacientes permanecieron en cama los primeros 3 meses; este período se acortó luego con la introducción de material de osteosíntesis. De todas formas, los casos posteriores publicados por Gaines, en los que se utilizó material de osteosíntesis, éste fue retirado entre los 4 y 6 meses; en nuestra paciente, creímos que esto no era necesario y, en la actualidad, luego de un seguimiento de 2 años, tiene buena tolerancia al instrumental, sin pérdida de corrección.

Si bien el número de casos publicados en la bibliografía internacional es escaso por la poca frecuencia de la espondiloptosis y las diversas posturas terapéuticas, creemos que la técnica descrita presenta algunas ventajas, como corregir la cifosis lumbosacra y obtener una corrección par-

cial de la traslación; sin elongación (parecería más bien un procedimiento de acortamiento), lo que disminuye así las posibilidades de lesión neurológica; sin embargo, hay que considerar la posibilidad de paresia de la raíz L5, las que, en los casos publicados por Gaines, fueron transitorias. De todas formas, como se indica en la introducción, todas las técnicas utilizadas, inclusive con la artrodesis *in situ* en espondilolistesis a gran desplazamiento y espondiloptosis, han causado complicaciones neurológicas importantes.

Creemos que la modificación de incisión y abordaje retroperitoneal que hemos utilizado facilita el acceso y evita las complicaciones de los procedimientos transperitoneales (íleo, bridas, etc.) y al no seccionar los músculos de la pared abdominal, disminuye el dolor posoperatorio y los cuidados subsiguientes; sin embargo, es importante recordar que el abordaje a la charnela lumbosacra por vía anterior presenta algunos riesgos bien conocidos, como la lesión del paquete de los vasos ilíacos, así como la lesión del plexo presacro, y puede provocar eyaculación retrógrada; por este motivo, no lo utilizamos en varones.

Con respecto a otro de los puntos controvertidos: el ti-

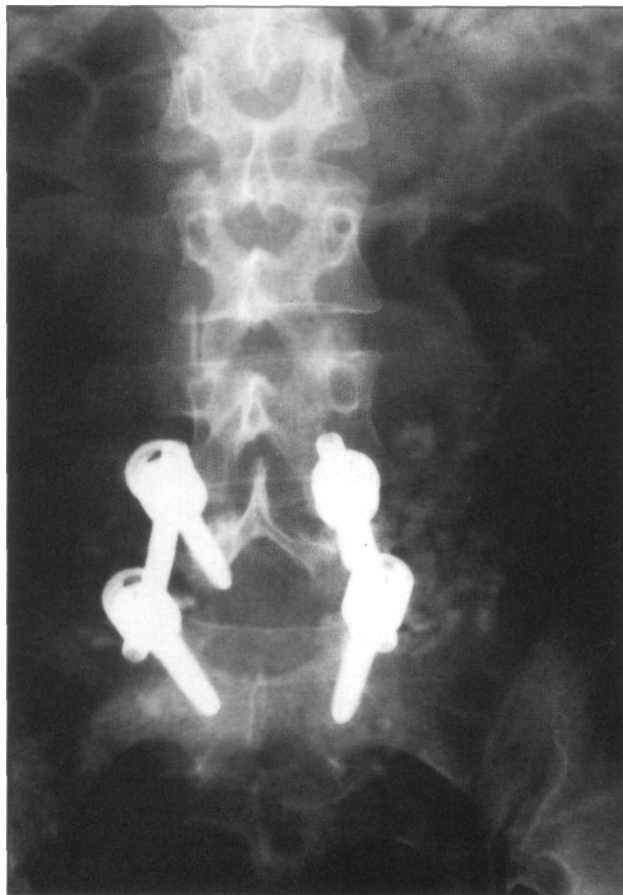


Figura 3. Radiografía de frente luego del primer tiempo quirúrgico por vía anterior. Ha desaparecido la imagen en gorro de Napoleón dada por el cuerpo de L5. Se observa la presencia del arco posterior, pedículos y apófisis transversas de L5.

po de artrodesis, creemos que la técnica utilizada, en este caso, combina artrodesis intersomática y artrodesis posterolateral con instrumental segmentario, y así disminuye las posibilidades de pseudoartrosis.

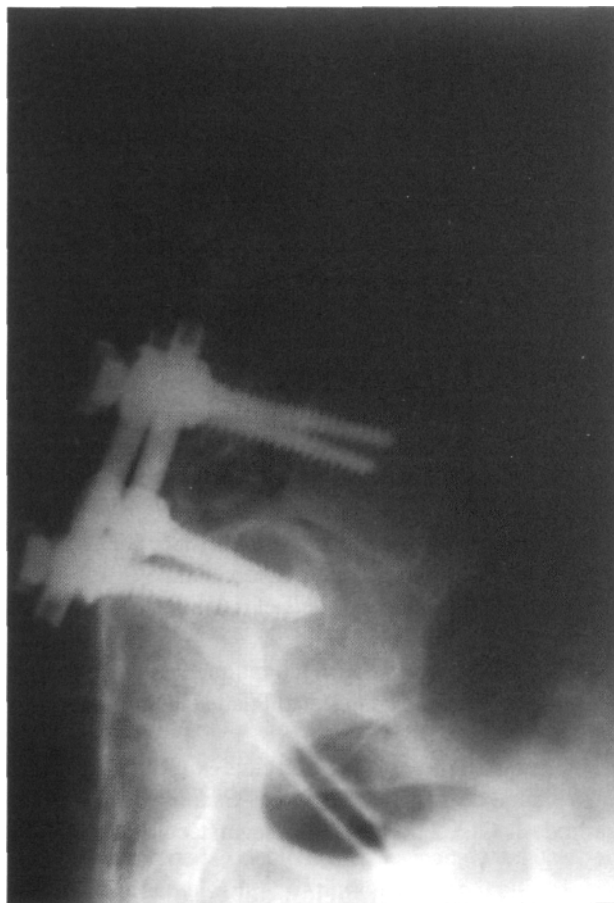


Figura 4. Radiografía de perfil luego del primer tiempo quirúrgico por vía anterior. No se observa el cuerpo de L5.

Sin embargo, y a pesar de todo lo antedicho, somos conscientes de las dificultades que plantea el manejo de este tipo de patología y que este informe es sólo la descripción de un caso; se necesita una serie que nos permita sacar conclusiones con mayor fundamento.