

Vertrectomía dorsal por vía posterolateral para el tratamiento de una cifosis postraumática severa. Presentación de un caso y descripción de la técnica quirúrgica.

Jorge Carrión Martínez, Marcelino Llabrés Comala, Juan Miguel Femenias Rosselló, Ainhoa Álvarez Valdivielso, José Titos Justicia.

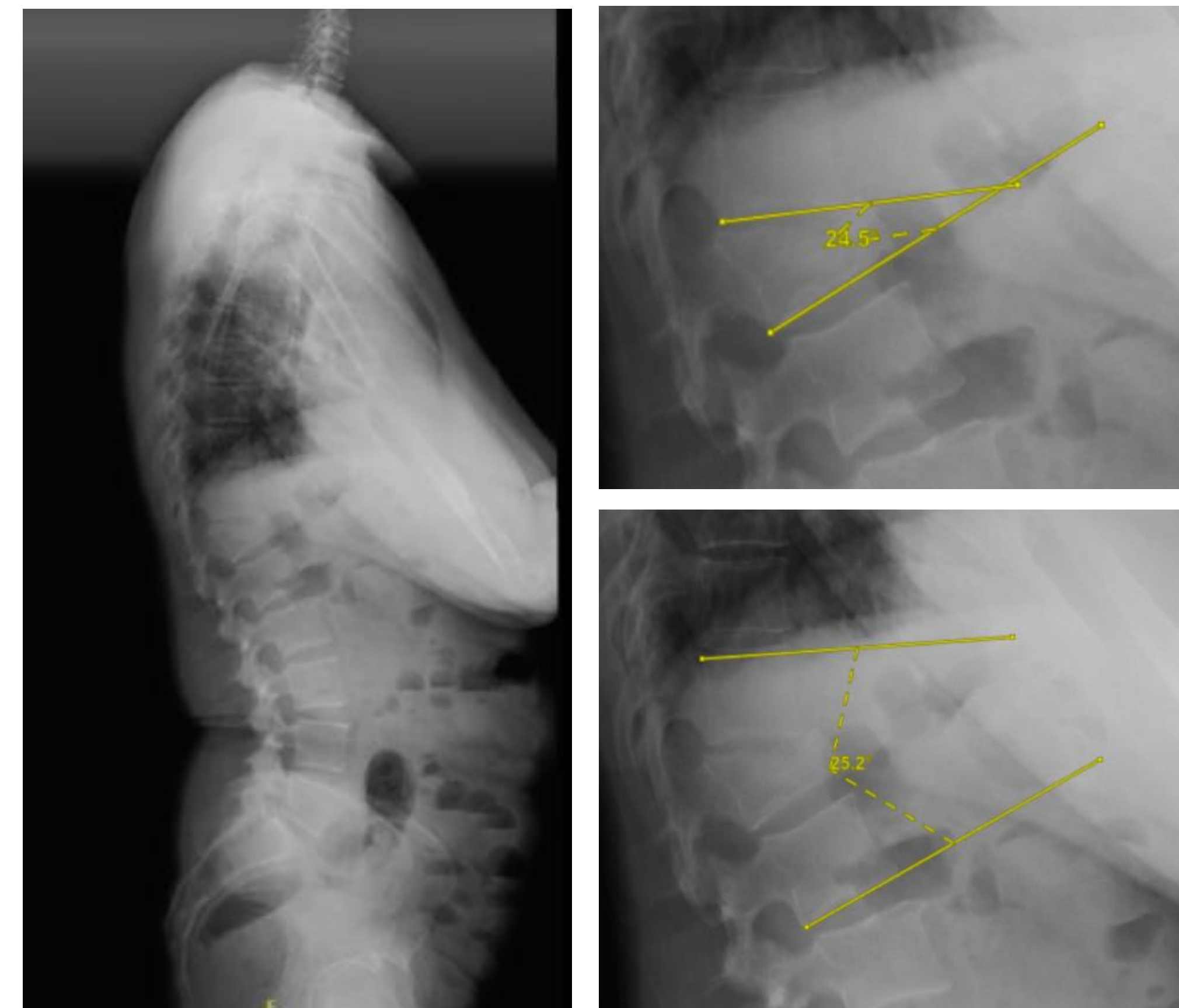
Unidad de Columna. Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una mujer de 52 años sin antecedentes patológicos de interés que hace 3 años sufrió una fractura vertebral en D12. Fue valorada en otro centro y se decidió tratamiento conservador. Refiere además pérdida del seguimiento a causa de la pandemia y acude a nuestro centro ante la persistencia del dolor, que se ha vuelto ya crónico.

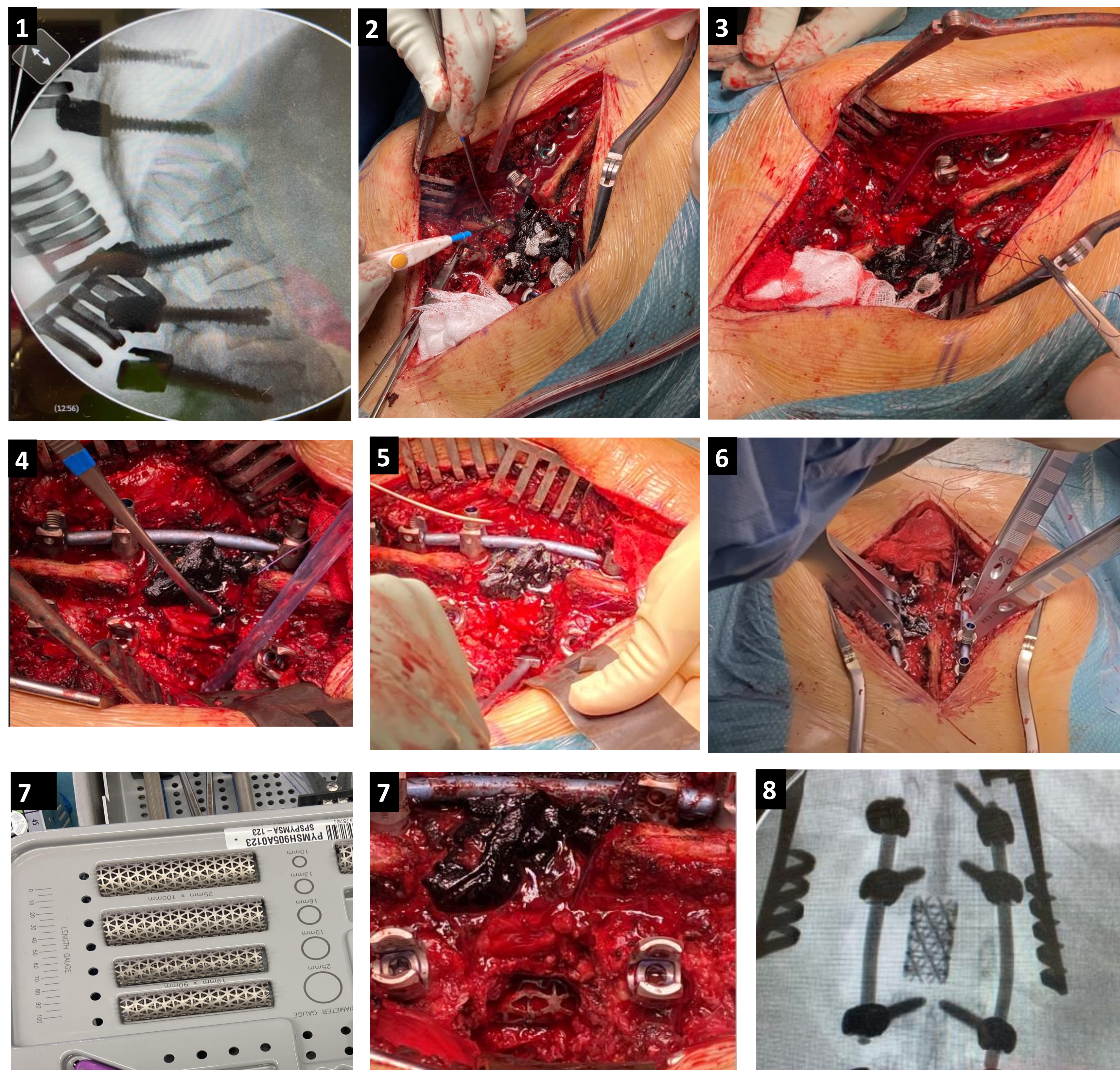
Presenta un acuñamiento de D12 con una pérdida de altura de >50 %, un índice de Farcy de 25º con una angulación regional traumática de 34º. También una lordosis lumbar de 68º con cifosis dorsal de 26º. Todo ello asociado a un desequilibrio sagital que obliga a la paciente del uso de muletas.

Durante la planificación preoperatoria se estimó que, para corregir estas alteraciones, serían necesarias múltiples osteotomías de Ponte junto con una instrumentalización muy larga. Como alternativa, se propuso la realización de un corporectomía de D12 y colocación malla rellena de injerto óseo con una artrodesis de D9 a L3 con el fin de ahorrar niveles de fijación.



TÉCNICA QUIRÚRGICA

- 1) Se realiza abordaje posterior, esqueletización e instrumentación pedicular de D9-D10.
- 2) Se procede a laminectomía descompresiva de D12 y resección de 3 cm de su respectiva costilla y pedículo izquierdos.
- 3) Se procede a la ligadura y sección de la raíz D12 izquierda.
- 4) Para mantener la estabilidad del sistema se coloca barra provisional en el lado derecho.
- 5) Se procede a corporectomía de D12 desde el lado izquierdo junto con resección de los discos D11-12 y D12-L1.
- 6) Se coloca barra de trabajo en lado izquierdo y se procede a realizar grifado sobre ellas para reducir la cifosis.
- 7) Introducción de la malla, previa obtención del tamaño adecuado, rellena de injerto óseo.
- 8) Por último, colocación de barras definitivas conformadas en cifolordosis y cierre del montaje practicando compresión a nivel de la corporectomía.



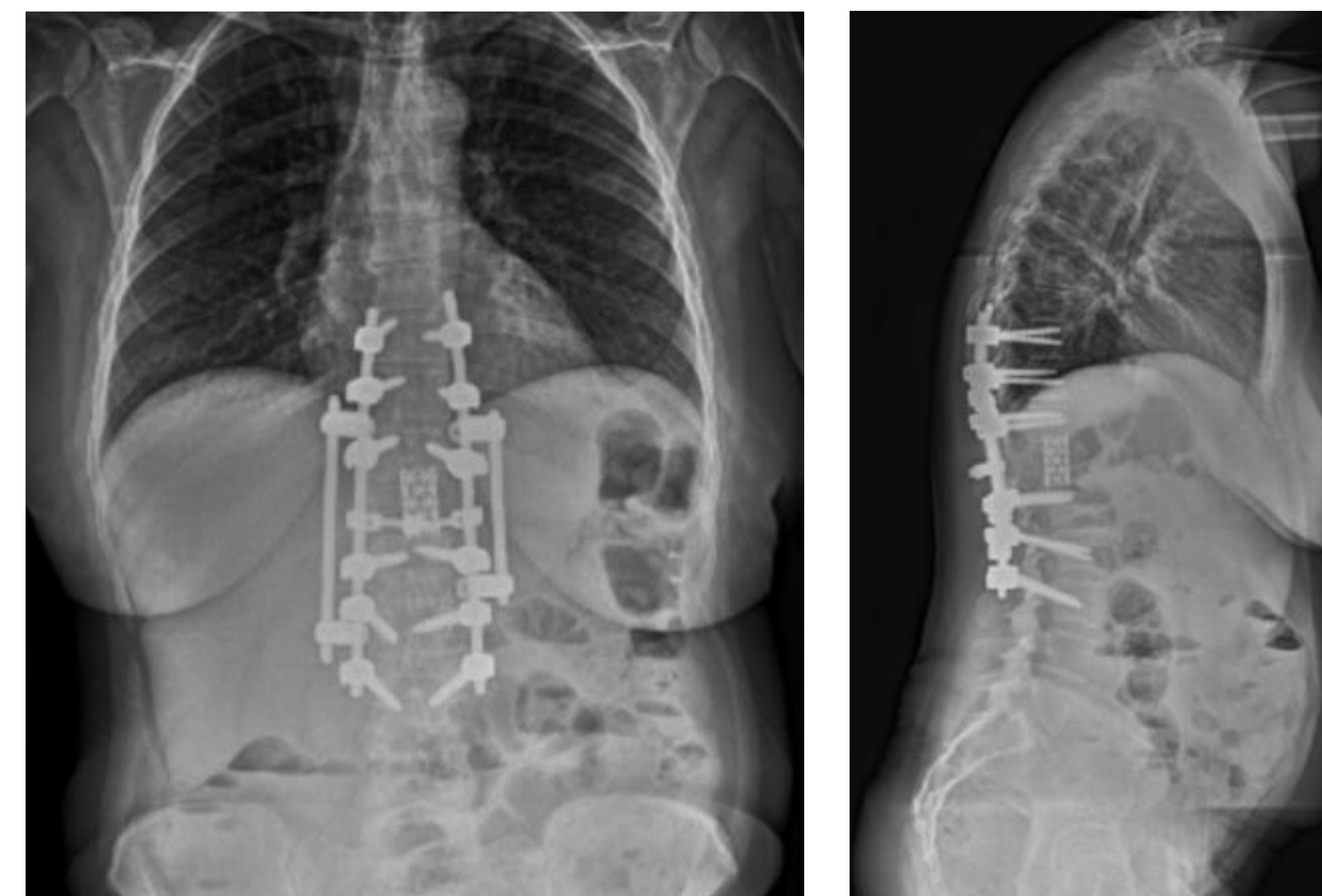
Acto seguido, se colocan de dos barras de refuerzo laterales con conectores a la barra y se realiza la cruentación de las láminas y apófisis transversas con colocación de chips de esponjosa de banco de hueso para conseguir una artrodesis mediante la formación de puentes óseos.

Resultados postoperatorios

A los dos meses de la cirugía se objetivó una corrección del índice de Farcy y una mejoría clínica favorable. La paciente progresivamente va ganando funcionalidad y autonomía.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las osteotomías de Ponte y Smith-Petersen son una opción para la corrección del desequilibrio sagital. La desventaja de estas osteotomías es que solo permiten correcciones de hasta 10º por nivel. Como alternativa y forma de ahorrar niveles, la vertrectomía es la técnica que permite mayor corrección en casos severos y, aunque es técnicamente más demandante, se trata de una opción válida tal y como muestra este caso.



BIBLIOGRAFÍA

- Delgado Martínez, A. D. Alberto D. Delgado Martínez FEA Cirugía ortopédica y traumatología. Complejo Hospitalario de Jaén.
- Ballesteros Massó, R. (2021). *Ballesteros Columna* (1.ª ed.). Marbán.