

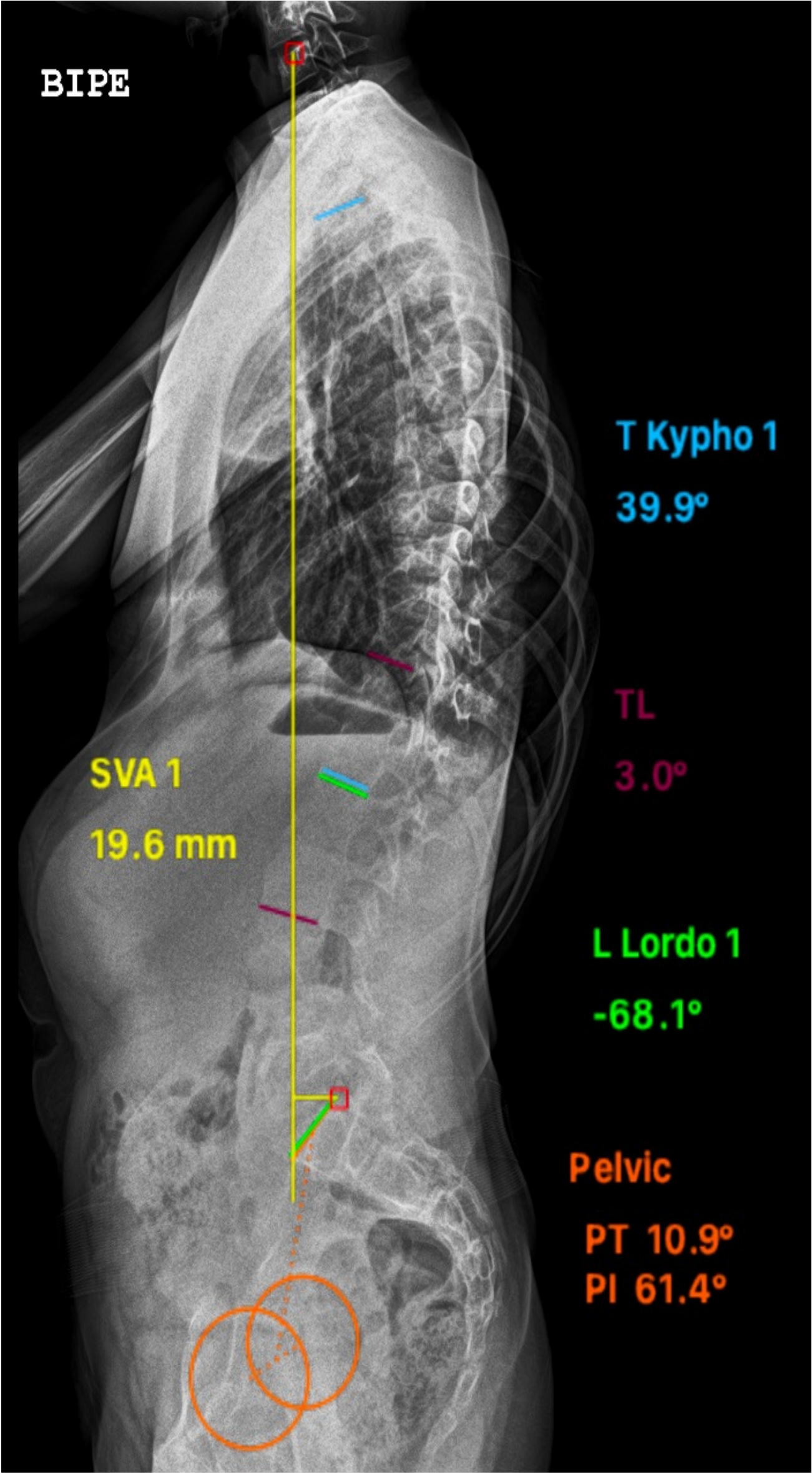
# MANEJO QUIRÚRGICO EN ESCOLIOISIS DE INICIO PRECOZ. A PROPÓSITO DE UN CASO.

**Martín Blanco, Sergio;** Barrio Velasco, Marta J.; Moussallem González, Jorge; Fernández De Torres, Marta; Mesías De Concepción, Sara.

Complejo Asistencial de Zamora. España

## INTRODUCCIÓN

La escoliosis de inicio precoz (EIP) es una de las formas más severas de escoliosis que sin tratamiento puede llegar a curvas mayores de 100°. El tratamiento quirúrgico está indicado en curvas progresivas mayores de 45°, condicionado por la edad del paciente en ese momento. El objetivo principal fue abordar, a través de un caso clínico, la EIP y destacar la importancia de individualizar el tratamiento según la edad, patología de base y el desarrollo esquelético del paciente.



## MATERIAL Y MÉTODOS

Varón, diagnóstico EIP a los 5 años. AP: pectus excavatum, FOP y retraso del lenguaje y marcha. Padre y abuelo paterno pectus excavatum y escoliosis. La curva torácica principal izquierda de 39,4°, con un alto riesgo de progresión de Mehta con RVAD 28,2°, costilla fase 2 y Risser 0. Hasta los 10 años tratamiento ortopédico con corsé tipo Boston 10h/día. Curva torácica principal 44°, Risser 0. Clasificación C-EOS de EIP en ese momento: 10I2(-)P0 . El paciente continua con corsé y es seguido en consultas 2 años, con progresión de la curva a 78°. Test de Adams: giba torácica izquierda 28° y lumbar derecha 8°. Hombro derecho más alto. RMN normal. Rx preoperatoria: curva torácica principal T6-L1 92°, curvas torácica proximal y lumbar 51° y 44°. Vértebra ápex T9, neutra L3 y estable L4. Ciifosis torácica 39°, tránsito toracolumbar 3° y lordosis lumbar 68°. Parámetros espinopélvicos: PT 11°, PI 63° y SS 52°. Risser 0, con cartílago trirrariado abierto. Nash&Moe grado 3. Lenke 4AN. Roussoly 4, Genevois 1.

## RESULTADOS

Se procede mediante escopia y control neurofisiológico en 1º tiempo a toracotomía sobre ápex de curva torácica. Escisión de costilla, artrodesis vertebral anterior de 4 vértebras próximas al ápex. Tras ello incisión posterior, artrodesis vertebral posterior con barras T3- L2 con auto/aloinjerto. A la semana alta domiciliaria con buen control analgésico, analítico, con rx satisfactoria y tras deambulaci3n con buena tolerancia.

## CONCLUSIONES

Por tanto la fusi3n anterior en conjunci3n con fusi3n e instrumentaci3n posterior puede estar indicada en determinados casos de escoliosis muy r3gidas, o bien en aquellos pacientes todav3a inmaduros, para evitar la posibilidad de aparici3n del fen3meno cigüeñal, especialmente en pacientes con trirrariado abierto, Risser 0 y premenarquia.

