

Rotura de barras en escoliosis sintrónica. A propósito de un caso.

Aguilar Martínez, AJ; Rodríguez Rodríguez, A; Torres Fuentes, JF; Pizones Arce, J.
Hospital Universitario La Paz (Madrid)

Objetivos

Presentar un caso de un paciente con parálisis cerebral infantil que presenta un fracaso de instrumentación, así como su resolución quirúrgica.

Material y métodos

Paciente de 44 años con antecedentes de parálisis cerebral no deambulante (Gross Motor Function Classification System de 5), con escoliosis neuromuscular que se optó por instrumentación de columna para mejorar su posición y posibilitar su sedestación.

Al tiempo, el paciente aqueja dolor en zona lumbar baja. Tras estudiarlo, en la Rx se observa rotura de barras entre L5-S1 izquierda.

Se decide reintervención quirúrgica, cogiendo muestras para microbiología especialmente el tejido peri-tornillo de L5, se realizó cruentación, buen aporte óseo y recambio de tornillos L5 y S1 por otros de mayor tamaño por tener poco agarre. Se cambió por una nueva barra aprovechando los dos conectores que tenía previamente y además entre L2-L3 se colocó un conector cerrado-abierto que se unió a una barra tipo kickstand con un tornillo ilíaco que se colocó.

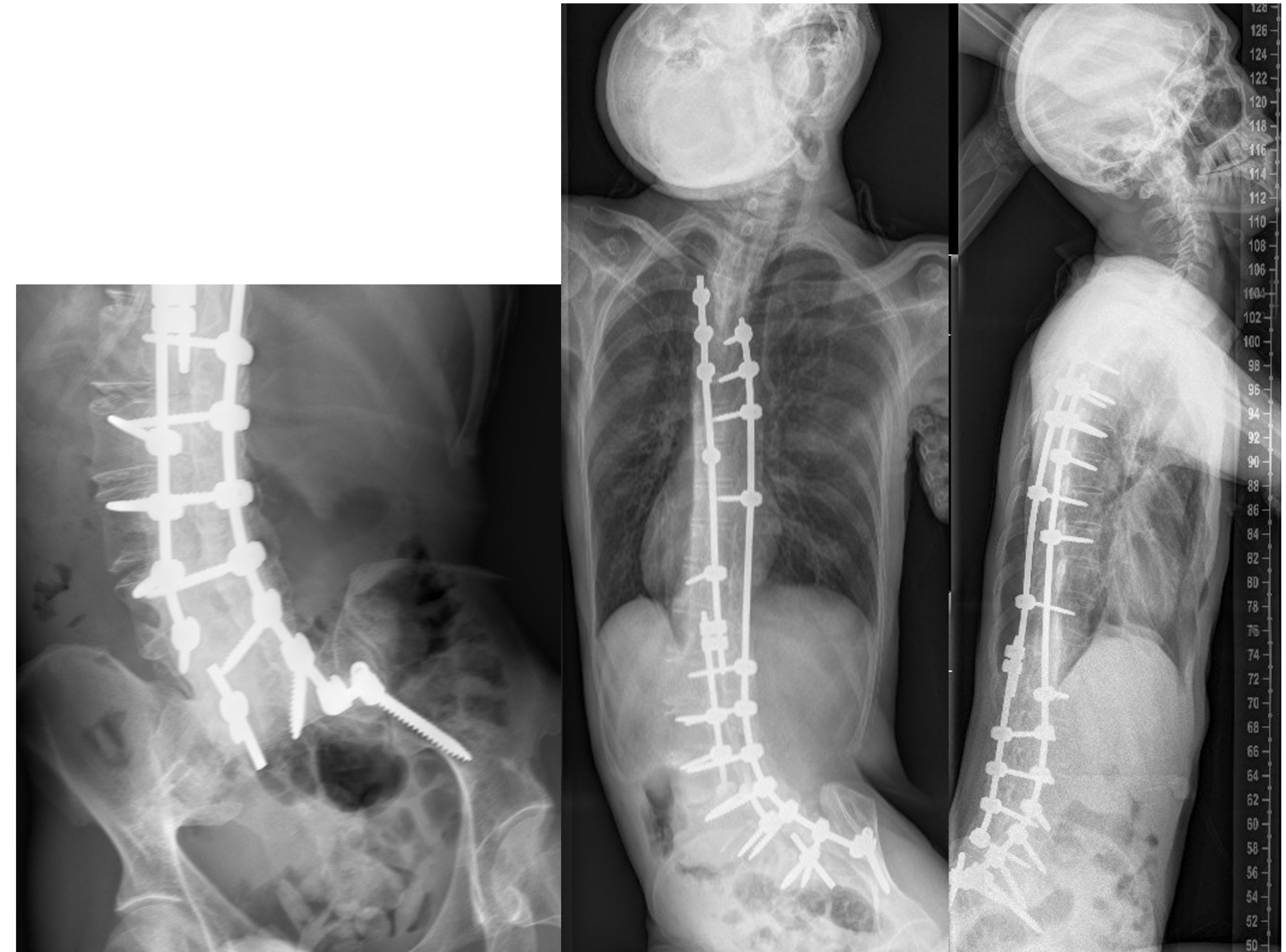
Resultados

En el seguimiento del paciente, se objetiva mejoría clínica y una buena consolidación de fusión con el aporte óseo realizado, pero previamente fue tratado con tratamiento antibiótico intravenoso y posteriormente oral según antibiograma por el crecimiento de *S. aureus* meticilin sensible en las muestras tomadas intraoperatoriamente.

Conclusiones

- Ante pacientes con parálisis cerebral de la infancia, se recomienda realizar fijación pélvica en no deambulantes, puesto que les sirve como andamiaje que evite el colapso de la postura por acción de la gravedad al sedestar debido a la atrofia muscular que presentan.
- La rotura de barras suele ocurrir porque no se ha conseguido la artrodesis deseada y por micromovimientos el material termina fracasando. Ante esta situación siempre hay que descartar la posibilidad de que esconda una infección.
- En intervenciones en pacientes de estas características, hay que tener un manejo cuidadoso de la instrumentación y las posibles complicaciones que puedan acontecer.

Los autores de este trabajo no presentan conflictos de interés.



Imágenes 1, 2, 3. Imágenes radiológicas AP, lateral y oblicuas que muestran rotura de barras L5-S1 izquierda.

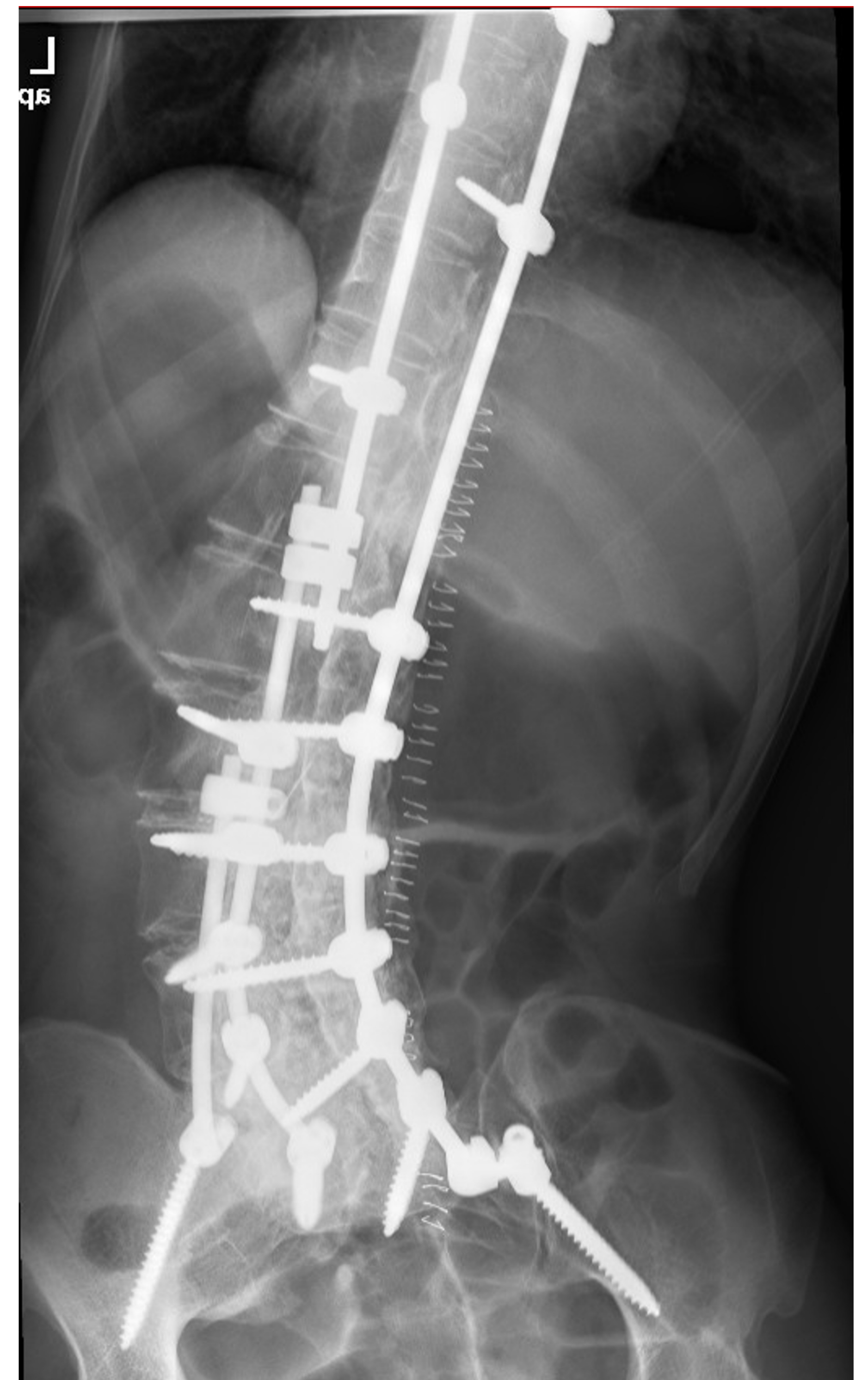


Imagen 4. Imagen postquirúrgica tras reposición de tornillos y colocación de barra accesoria y tornilo ilíaco.