

ARTRODESIS TORACOLUMBAR CON SOPORTE VERTEBRAL ANTERIOR CON MALLA DE MOSS COMO TRATAMIENTO DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA CON LESION NEUROLÓGICA.

TOMÁS NÚÑEZ CALVO, RAFAEL CARBONELL ESCOBAR, RAFAEL LAGUNA GOMEZ, RUTH BARBERO ORTEGA, PABLO FERNÁNDEZ-VILLACAÑAS MÍNGUEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA

INTRODUCCION

Las fracturas osteoporóticas vertebrales sin afectación del muro posterior y con integridad de elementos posteriores pueden tratarse conservadoramente mediante uso de corse toracolumbar semirrígido o mediante técnicas percutáneas como la cifoplastia en el caso de no mejoría del dolor en el transcurso de 6-8 semanas. Las fracturas con afectación del muro posterior o fracturas por estallido con lesión de los elementos posteriores o fracturas con lesión neurológica deben ser tratadas quirúrgicamente. El tratamiento quirúrgico de estas fracturas inestables se basa en la instrumentación vertebral posterior con tornillos bipediculares con soporte anterior si existe un colapso severo del cuerpo vertebral.

OBJETIVO

Presentar la evolución de una paciente con fractura osteoporótica inestable de la charnela toracolumbar (T12) con afectación del muro posterior, invasión de canal y déficit neurológico asociado.

MATERIAL Y MÉTODOS

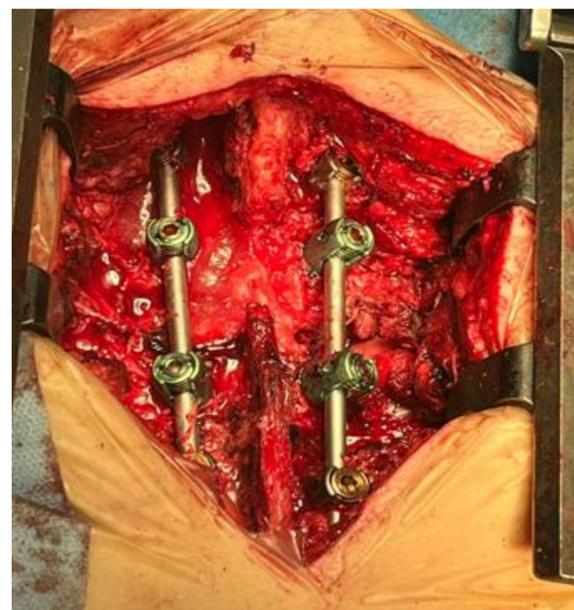
Paciente de 75 años con dolor dorsolumbar tras sobreesfuerzo sin clínica neurológica asociada. Como antecedente presenta fracturas crónicas de L3, L4 y L5 tratadas conservadoramente. Se evidencia fractura acúñamiento vertebral de T12 tratándose de manera conservadora. Debido a la evidencia de clínica neurológica a los 3 meses, se solicita RMN evidenciándose fractura acúñamiento severo de T12, con afectación del muro posterior e invasión de canal. Se decide cirugía mediante abordaje abierto, instrumentación mediante tornillos bipediculares de doble rosca cortical cementados desde T10 a L2, corpectomía de T12 vía Capener (costo-transversectomía izquierda), descompresión de canal en T12-L1 con laminectomía completa y colocación de malla de Moss en T12.

RESULTADOS

1 año tras intervención no presenta dolor, logra deambular con fuerza y sensibilidad recuperada casi por completo. Presenta leve pérdida de fuerza L5 bilateral. En los controles radiográficos sucesivos se comprueba correcta recuperación del perfil sagital toracolumbar.

CONCLUSIONES

Las fracturas osteoporóticas de la charnela toracolumbar pueden presentar complicaciones graves si no se diagnostican y no se tratan correctamente. Hay que hacer un seguimiento estrecho de estas fracturas ya que pueden conllevar una deformidad cifótica grave asociado a lesiones neurológicas potenciales. En el caso de fracturas con colapso severo del cuerpo vertebral, afectación del muro posterior y deformidad cifótica se recomienda realizar tratamiento quirúrgico mediante estabilización posterior con tornillos bipediculares cementados asociado a un soporte anterior del cuerpo vertebral.



Kim, D. H., & Vaccaro, A. R. (2006). Osteoporotic compression fractures of the spine; current options and considerations for treatment. *The Spine Journal*, 6(5), 479-487.

Xu Z, Hao D, Dong L, Yan L, He B. Surgical options for symptomatic old osteoporotic vertebral compression fractures: a retrospective study of 238 cases. *BMC Surg*. 2021 Jan 6;21(1):22.

F. Fernandez Mancilla F. J. Carrillo Julia A. Jiménez Guardado, J. Garcés Castillos y A. Velloso Lanuza. Utilización de la cestilla de Moss en el tratamiento de fracturas patológicas vertebrales. *Rev Esp Cir Osteoart* 1995; 30: 230-235

Knop C, Lange U, Bastian L, Oeser M, Blauth M. Biomechanical compression tests with a new implant for thoracolumbar vertebral body replacement. *Eur Spine J*. 2001 Feb;10(1):30-7.