

Modificación a la Técnica Quirúrgica de la Cervicoartrosis con Lesiones Neurológicas

REPORTE PRELIMINAR

Por

Dr. Francisco Saborío Vargas *

El tratamiento quirúrgico de la cervicoartrosis ha tenido un considerable avance respecto a su técnica y en sus resultados clínicos a partir de los trabajos de Robinson y Smith (1955), Cloward (1958).

En nuestro medio hospitalario la cervicoartrosis es un signo radiológico que se observa con bastante frecuencia, ya que nuestra población hospitalaria se nutre de trabajadores de distintos oficios —agricultores, mecánicos, obreros en general), todos ellos sometidos a una constante sobrecarga de la motilidad de su columna cervical a consecuencia de sus pesados trabajos.

Es por ello, que hemos tenido la oportunidad de tratar en estos tres años de laborar en el Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social, varios casos, los cuales han sido tratados algunos con técnicas anteriormente preconizadas como la laminectomía descompresiva con liberación y sección de ligamentos dentados, dejando o no abierta la duramadre; otros por foraminotomía con liberación de las raíces comprimidas, y los últimos de ellos por medio de fusiones anteriores realizadas mediante la técnica e instrumental de R. Cloward. Pero es nuestra intención dar a conocer una nueva modificación a la técnica quirúrgica que, además de acortar el tiempo operatorio a que es sometido el enfermo, disminuye las molestias post-operatorias de

* Servicio de Neurocirugía, Hospital Central C.C.S.S.
San José, Costa Rica

rivadas del dolor provocado por la incisión sobre la cresta ilíaca, con el fin de sacar el injerto que ha de colocarse en la región cervical, a la par que, excluye la formación de hematomas y el posible riesgo de infección, tan corrientes en esta región cuando se extrae el injerto antes dicho.

La modificación técnica consiste en el colocamiento de un trozo cilíndrico de hueso desecado (KIEL BONE) ** el cual es un hueso heterogéneo que ha sido desproteinizado con el fin de liberarlo de sus propiedades antigénicas, evitando de esta manera reacciones en el receptor que va a repercutir en el heteroinjerto o injerto cruzado.

Hasta el momento de este reporte, hemos operado dos casos con evoluciones post-operatorias de 9 y 11 meses respectivamente, no encontrándose en ninguna reacción a cuerpo extraño, en cambio se ha obtenido una magnífica fijación, la cual se comienza a hacer evidente de las 6 a las 8 semanas de la intervención.

Revisando ampliamente la literatura, no hemos podido localizar ningún trabajo en el que anteriormente se haya usado esta modificación técnica, ya que la mayoría de los autores usan el injerto autógeno tomado de la cresta ilíaca o de la tibia, y la única referencia en la que se cita un injerto homogéneo en el tratamiento quirúrgico de la cervicoartrosis es la de Rossomoff, Rossmann y Pittsburg, (abril, 1966).

CASOS CLINICOS

H. Z. S. Femenino. 50 años. Oficinista. Historia de más o menos 10 años, en la cual destacan dolores en la base del cuello y región occipital con irradiación hacia región interescapular y ambos brazos. A la exploración destaca un discreto déficit motor con alteración en los reflejos bicipitales, pero su mayor patología es de tipo subjetivo. Las radiografías de columna cervical muestran una cervicoartrosis con alteración de los forámenes, por lo que se decide practicarle una foraminotomía bilateral C5 — C6. Después de esta primer intervención la enferma presenta una marcada mejoría pero 4 meses después recidiva su dolor. El examen radiológico demuestra buena permeabilidad de los agujeros de conjunción, pero llama la atención que la espondilosis es más marcada en los cuerpos vertebrados con mayor aplastamiento del espacio C5 — C6, y que existe una pérdida de la lordosis fisiológica cervical. Basado en estos hallazgos, se practica una fusión cervical anterior en el nivel antes citado. La enferma tiene un tiempo postoperatorio de 11 meses, habiendo mejorado su

** Trade Mark. De adquisición comercial.

cuadro en un 90%. Las molestias que ahora aqueja son mínimas y consisten en ligeras sensaciones de tirantez en el cuello.

J. C. C. Masculino. 66 años. Jornalero. Ingresó el 12 de agosto de 1965 con el diagnóstico de estudio por síndrome piramidal. Refiere el enfermo que hace 10 años fue internado por el mismo padecimiento actual que se inició por temblor de miembro inferior derecho. Desde entonces y progresivamente disminución de fuerzas en ambos miembros (derechos). Hace 3 meses prácticamente no puede caminar. Al examen físico, consciente, orientado. Se nota una disminución marcada de fuerza en miembros derechos con espasticidad, marcha de segador. Aumento de reflejos profundos bilateral, aunque mayor en el lado derecho. Babinski bilateral. Se observan fasciculaciones en hombro, brazo y cara anterior y posterior de hemitórax derecho. Resto de la exploración es normal. Se indica una mielografía que revela un defecto de llenado en el espacio subaracnoideo entre C4 — C5 y C5 — C6, que provoca compresión anteroposterior de la médula cervical. Se practica intervención mediante fusión anterior, técnica de Cloward y fusión con KIEL BONE. Se le da la salida del Hospital 8 días después habiendo mejorado considerablemente su cuadro hemiparético derecho y su marcha. En visitas sucesivas en Consulta Externa el enfermo se reporta muy mejorado sin que haya habido ningún problema referente a su fusión 9 meses después de efectuada ésta.

El KIEL BONE usado en los dos casos descritos ha sido del tipo esponjoso. Su poder osteoblástico es muy marcado, produciéndose por lo tanto una adecuada fijación en un corto tiempo. Los estudios radiológicos practicados sucesivamente en ambos enfermos nos demuestran la inamovilidad intervertebral del injerto y la completa fijación entre los cuerpos afectados.
