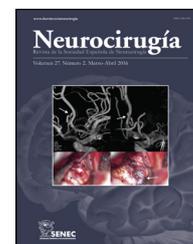




NEUROCIRUGÍA

www.elsevier.es/neurocirugia


Investigación clínica

Fundamentos y complicaciones del abordaje anterolateral extrapleural-retroperitoneal en fracturas inestables toracolumbares: experiencia en 86 pacientes consecutivos

Pedro David Delgado-López^{a,*}, Antonio Rodríguez-Salazar^a, Vicente Martín-Velasco^a, Javier Martín-Alonso^a, José Manuel Castilla-Díez^a, Ana Galacho-Harriero^a y Elena Araús-Galdós^b

^a Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

^b Servicio de Neurofisiología Clínica, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de diciembre de 2016

Aceptado el 17 de enero de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Fractura toracolumbar

TLICSS

Abordaje extrapleural

Abordaje anterior

Cifosis

Complicaciones

RESUMEN

Objetivos: Describir los fundamentos, las ventajas, los inconvenientes y las complicaciones del abordaje anterolateral extrapleural-extraperitoneal en fracturas toracolumbares inestables (TLICSS > 4).

Pacientes y métodos: Se evalúan retrospectivamente datos clínicos y radiológicos, resultados y complicaciones de una cohorte intervenida mediante dicho abordaje. Todos los pacientes fueron intervenidos exclusivamente por 5 neurocirujanos entrenados en cirugía de columna.

Resultados: Un total de 86 pacientes fueron intervenidos entre junio de 1999 y diciembre de 2015 (mediana de edad 42 años y nivel más frecuente L1). El 32,5% presentaban defecto neurológico preoperatorio. Tras la intervención (duración media: 275 min), el 75,6% quedaron sin secuelas neurológicas y solo un tercio de pacientes precisó transfusión. La estancia media postoperatoria fue de 7 días. La corrección de la cifosis se consideró correcta y subóptima pero aceptable en el 91 y el 9% de los casos, respectivamente. Ocurrieron complicaciones en 36 pacientes, la gran mayoría transitorias. Se constataron 2 fallos de material (colapso de caja expansible y extrusión de tornillo de bloqueo). No ocurrieron infecciones, lesiones vasculares, lesiones viscerales, empeoramiento neurológico permanente ni mortalidad durante el ingreso. Un paciente precisó estabilización posterior tardía por persistencia del dolor. El seguimiento mediano fue de 252 días (27,9% pérdidas).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pedrodl@yahoo.com (P.D. Delgado-López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neucir.2017.01.006>

1130-1473/© 2017 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: El abordaje extrapleural-extrapertoneal proporciona una estabilización anterior sólida, permite una amplia descompresión del canal y una corrección adecuada y duradera de la cifosis. Las tasas de infección, fallo del material, necesidad de reoperación y lesiones vasculares o viscerales son mínimas.

© 2017 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Rationale and complications of the anterior-lateral extrapleural retroperitoneal approach for unstable thoracolumbar fractures: Experience in 86 consecutive patients

A B S T R A C T

Keywords:

Thoracolumbar fracture

TLICS

Extrapleural approach

Anterior approach

Kyphosis

Complications

Objectives: To describe the rationale, pros and cons, and complications of the anterior-lateral extrapleural retroperitoneal approach for unstable (TLICS > 4) thoracolumbar fractures.

Patients and methods: Clinical and radiological data and outcomes from a cohort treated surgically via said approach were retrospectively reviewed. All patients were operated on exclusively by 5 neurosurgeons trained in spine surgery.

Results: Between June 1999 and December 2015, 86 patients underwent surgery (median age 42 years, most common level: L1). Approximately 32.5% presented with a preoperative neurological defect. After surgery (mean duration: 275 minutes), 75.6% presented with no neurological sequelae and only one-third required blood transfusion. Median postoperative stay was 7 days. Correction of kyphosis was considered adequate and suboptimal but acceptable in 91% and 9% of the patients, respectively. Complications occurred in 36 patients, the majority being transient. We observed failure of the construct in 2 cases (collapse of an expandable cage and extrusion of a locking screw). No infections, vascular or visceral lesions, permanent neurological worsening or mortality occurred during hospitalisation. One patient ultimately needed additional posterior fixation due to persistence of pain. Median follow-up was 252 days (27.9% was lost to follow-up).

Conclusions: The extrapleural extraperitoneal approach provides solid anterior reconstruction, allows wide decompression of the spinal canal, and permits adequate and long-lasting correction of kyphosis. The rates of infection, construct failure, need for reoperation and vascular or visceral lesions are minimal.

© 2017 Sociedad Española de Neurocirugía. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Se estima que al menos el 60% de todas las fracturas de la columna vertebral ocurren en la unión toracolumbar (TL), es decir, en el segmento T10 a L2, probablemente por ser esta la zona de transición entre la cifosis torácica, relativamente rígida, y la lordosis lumbar, mucho más móvil^{1,2}. Estas fracturas pueden ser de etiología traumática, osteoporótica o secundaria a otras patologías, como procesos inflamatorios, infecciosos o tumorales³. Las fracturas estallido vertebrales (*burst fractures*) son las más frecuentes y comprenden el 10-20% de todos los casos⁴.

Las fracturas inestables de la unión TL ocurren generalmente en el contexto de traumatismos de alta energía y pueden asociarse a otras lesiones osteomusculares graves o a lesiones viscerales potencialmente mortales⁵. Sin embargo, en ocasiones son la única manifestación del evento traumático, especialmente cuando ocurren tras caídas de cierta altura⁶. Es habitual que se manifiesten como dolor dorsolumbar intenso, frecuentemente con irradiación *en cinturón*, con o sin patrón radicular, que dificulta o impide los movimientos del tronco⁴.

Desde el punto de vista neurológico puede aparecer un abanico de lesiones, desde la ausencia de déficit hasta la lesión medular completa con paraplejía, nivel sensitivo y afectación esfinteriana de forma completa y permanente.

Como norma general, el tratamiento de una fractura TL inestable consiste en la descompresión del tejido nervioso seguida de una fijación interna rígida que, clásicamente, se ha realizado mediante un abordaje posterior (abierto o percutáneo) con tornillos pediculares y fusión de las vértebras adyacentes o mediante una vía anterolateral, a través de un abordaje extendido tipo toraco-freno-laparotomía^{3,4,7}.

La indicación quirúrgica de las fracturas TL está condicionada por la morfología de la fractura, por el grado de lesión ligamentosa asociado y por la presencia o no de afectación neurológica^{8,9}. Sin embargo, la elección del tipo de abordaje muchas veces se basa en las preferencias individuales del cirujano, dado que la literatura no aclara de forma inequívoca qué abordaje es el óptimo para este tipo de lesiones, y cada procedimiento presenta ventajas e inconvenientes específicos^{1,10}.

Las fracturas de la unión TL que se consideran subsidiarias de descompresión del canal raquídeo y estabilización de la columna anterior se han intervenido mediante una vía

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8686531>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8686531>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)