

INSTRUMENTACIÓN CORTA CON CORPORECTOMIA VÍA POSTEROLATERAL; REPORTE DE CASO.

short instrumentation with posterolateral corpectomy; case report.

Dr Leonardo Cozzi Gaité, Residente 3 año, Servicio Neurocirugía, Hospital J.M Cullen. Drleonardocozzigaite@gmail.com.
Dr Yobe Germán, Jefe de Departamento Espinal - Médico de Planta.
Dr Vanrell Hernan, Medico de Planta.

REPORTE DE CASO:

Instrumentación corta con corpectomía vía posterolateral: técnica para estabilizar los pilares anterior y posteriores por una sola vía, revisión de bibliografía y descripción de resolución de un caso.

Resumen: revisión de bibliografía sobre dicha técnica, alternativas, resultados, presentación de un caso de instrumentación vía posterolateral con corpectomía de origen traumático, experiencia de nuestro servicio.

Palabras clave: fractura espinal, Aospine, corpectomía, instrumentación vía posterolateral.

INTRODUCCIÓN

La principal causa de lesión raquímedular en nuestro servicio son por causas traumática, en paciente jóvenes secundarias a accidente vial.

En las fracturas de los cuerpos vertebrales especialmente las fracturas toracolumbares, es la inestabilidad raquídea producto de la afectación de las dos primeras columnas de Denis, por lo que en muchos casos, a pesar de presentarse un daño neurológico irreversible, es menester artrodesar estas lesiones para brindar estabilidad y permitir un rápido inicio en la rehabilitación del paciente, que le ayude a mantener una vida independiente a pesar de su déficit.

La resolución de estos cuadros abarca diversos tipos de abordajes quirúrgicos, pero en la actualidad los más utilizados son la combinación de una corpectomía por vía anterior y una fijación por vía posterior con y sin laminectomía. Este abordaje combinado ha dado buenos resultados, pero tiene sus riesgos y complicaciones: alto tiempo operatorio, hemorragia, lesión de órganos abdominales y/o torácicos, entre los más importantes.

Otra técnica quirúrgica descrita consiste en la corpectomía en bloque por vía posterior descrita por Roy Camile, la cual también presentó complicaciones (vasculares, hemodinámicas, infecciosas, lesión de órganos). Por vía posterior se ha descrito también la impactación del fragmento intracanalicular descrita por Richaud, Louis también utilizó este abordaje para el tratamiento de la cifosis.

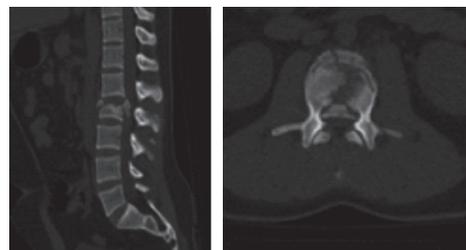
En los últimos años ha cobrado importancia la utilización de la vía posterior exclusivamente, donde se realiza una corpectomía fragmentaria transpedicular y artrodesis con reconstrucción del pilar anterior y posterior por la misma vía.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 22 años de edad, sin antecedentes patológicos de jerarquía, hábitos etilista social. Derivado de la ciudad de Rafaela por politraumatismo con trauma raquímedular secundario accidente vial, vuelco en auto.

Al examen físico lucido, orientado en tiempo y espacio (lote), 15/15, pares craneales conservados, moviliza 4 miembro con función motora y sensitiva conservada, lumbalgia, sin signos de liberación piramidal, con esfínteres conservados.

Tc de cuerpo completo, se observa fractura L1 con daño en platillo superior, muro anterior y posterior con retropulsión del muro hacia el canal medular, según clasificación Aospine A4.



DISCUSIÓN

Los abordajes posteriores pueden ser el transpedicular, la costotransversectomía y el extracavitario lateral.

La costotransversectomía presenta como complicación inherente la lesión pleural, que en el abordaje transpedicular no existe.

El abordaje extracavitario presenta las mismas complicaciones, además de sumarse los riesgos que conlleva un abordaje mucho más amplio.

Se plantea como diagnóstico inicial sarcoma de partes blandas. Se realiza biopsia incisional, cuyo resultado anatomopatológico informa Linfoma anaplasico T, ALK negativo.

A su vez, se le solicita serología, haciendo el diagnóstico concomitante de infección por HIV.

Realiza tratamiento con quimioterapia.

DISCUSIÓN

El tumor primario de pared torácica es raro, y generalmente aparece como metástasis o como compromiso por contigüidad de otro primario 1,3. El linfoma representa un bajo porcentaje de afectación de la pared del tórax, siendo más común verlo asociado a enfermedad mediastinal u originado a partir de las costillas y/o el esternón. Hsu describe 7 casos de linfoma que se presentaron como masa única de pared, más frecuente en hombres, y de ellos 4 como único sitio de enfermedad 2. Press, en su estudio encuentra entre 250 paciente con diagnóstico de linfoma, 24 con compromiso de pared, y de ellos 17 sin patología a nivel pulmonar ni mediastinal 6.

Como estudios complementarios la Tomografía Computada, Resonancia Magnética y PET/CT, son recursos válidos para ver la morfología, localización, relaciones anatómicas y enfermedad a distancia; el PET/CT ha demostrado una mayor sensibilidad y especificidad en comparación con los otros dos 7.

Para tratar adecuadamente los tumores de la pared torácica, como el linfoma, se debe obtener un diagnóstico preciso del tejido. La biopsia por escisión es el método preferido para diagnosticar tumores pequeños, con márgenes de al menos 1 a 2 cm.

La biopsia incisional se recomienda para tumores más grandes (5 cm); la orientación de la incisión debe tener en cuenta la incisión que se necesitaría para la resección definitiva. La aspiración con aguja fina es útil cuando se sospechan tumores epiteliales metastásicos; sin embargo, la misma puede ser menos precisa para los linfomas, particularmente para establecer el grado y la diferenciación. 1,4,7

En cuanto al tratamiento, la indicación para la cirugía se basa en la evaluación de la histología del tumor, la ubicación, el grado de invasión local y la presencia de metástasis. Como premisa, todos los tumores primarios de la pared torácica se deben intentar resear de forma completa y con márgenes adecuados; excepto, el tumor de ewing, plasmocitoma solitario y el linfoma, que a priori son patrimonio

de tratamiento médico. 7,8 Sin embargo, Hsu reporto 4 casos de linfoma tratados con cirugía y quimioterapia adyuvante, como así también Qiu et al en 1 caso. 2,5

En nuestra experiencia, ambos casos de linfoma se presentaron como masas palpables en el tórax, simulando otros posibles diagnóstico. Se estudiaron con tomografía y resonancia, y el diagnóstico definitivo se realizó a través de biopsia incisional, lo cual es importante en este tipo de lesiones de gran tamaño para el planeamiento del tratamiento, que no siempre es quirúrgico. El tratamiento para ambos fue quimioterapia teniendo una muy buena respuesta.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- B. Witte; M. Hurtgen. Lymphomas presenting as chest wall tumors. *Thorac Surg Sci.* 2006; 3: Doc01.
- 2- Hsu PK, Hsu HS, Li AF, Wang LS, Huang BS, Huang MH, et al. Non-Hodgkin's Lymphoma Presenting as a large chest wall mass. *The Annals of Thoracic Surgery.* 2006. 81 (4), 1212-1218.
- 3- Shah BK. Primary chest wall lymphoma: a rare entity. *J cancer Res Ther.* 2015; 11 (3): 661.
- 4- Cipriano, MD; Burfeind Jr, MD. Management of primary soft tissue tumors of the chest wall. *Thoracic Surgery Clinics,* 27 (2), 139.147.
- 5- Xiaoming Qiu, Yi Liu, Yanjie Qiao, Gang Chen, Tao Shi, Jun Chen, et al. Primary diffuse large B cell lymphoma of the chest wall: a case report. *World J Surg Oncol.* 2014; 12: 104.
- 6- Press, G. A., Glazer, H. S., Wasserman, T. H., Aronberg, D. J., Lee, J. K., & Sagel, S. S. Thoracic wall involvement by Hodgkin disease and non-Hodgkin lymphoma: CT evaluation. *Radiology.* 1985. 157(1), 195-198.
- 7- Shah, A. A., & D'Amico, T. A. Primary Chest Wall Tumors. *Journal of the American College of Surgeons.* 2010. 210(3), 360-366.
- 8- Smith, S. E., & Keshavjee, S. Primary Chest Wall Tumors. *Thoracic Surgery Clinics.* 2010. 20(4), 495-507.