

RESULTATS A DISTÀNCIA DE L'ARTRÒDESI LUMBOSACRA INTERTRANSVERSA

R. VILADOT I PERICÉ, J. VALENTÍ I ARDANUY

INTRODUCCIÓ. — Des del 1967 fem servir al Servei la tècnica d'artrodèsi vertebral pòtero-lateral per a la fixació de la columna lumbosacra. Amb això cerquem dos objectius fonamentals: 1, aconseguir una artrodèsi més segura que no pas les artrodèsis per via posterior; 2, en els casos en què es practica una laminectomia, cal deixar lliure l'accés a la medulla col·locant els empelts en un pla més lateral, amb la qual cosa evitem el perill d'una compressió per hipertròfia posterior de l'empelt i, a la vegada, facilitem l'accés a la medulla si cal practicar una reintervenció.

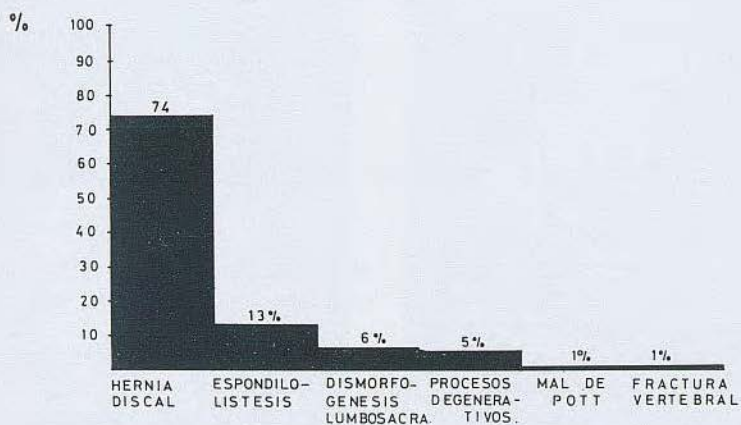
MATERIAL I MÈTODES. TÈCNICA. — Per a aquesta comunicació hem revisat cent històries —procedents, la majoria, de l'Hospital de Sant Rafael de Barcelona i de l'Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa— de pacients als quals s'ha practicat la mateixa tècnica quirúrgica d'artrodèsi vertebral posterolateral. Aquesta revisió comprèn històries de pacients operats des de l'any 1969 fins al maig del 1976. El percentatge més gran de casos intervinguts correspon a pacients afectes d'hèrnia discal (gràfica I). Coincidint amb ROTHMAN i SIMEONE,⁷ indiquem la fusió vertebral en els casos següents:

1. Hèrnia discal aguda amb lumbàlgia antiga.
2. Degeneració discal crònica limitada a un o a dos espais amb lumbàlgia.
3. Inestabilitat quirúrgica.
4. Defectes de l'arc neural juntament amb la lesió del disc.

La tècnica que fem servir és semblant a la descrita pels autors que esmentarem més endavant i que seguidament exposem breument (fig. 1):

1. Incisió medial.
2. Desenganxament muscular, visualitzant les espinoses, les làmines, les apòfisis articulars i les transverses.

DIAGNOSTICOS



GRÀFICA I

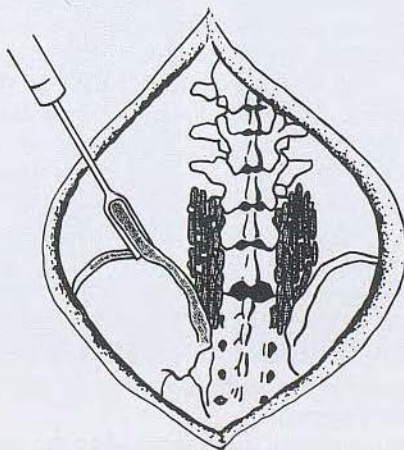
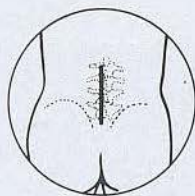


FIG. 1.

3. S'aviven les caretes articulars i les apòfisis transverses de les vèrtebres lumbars, i a continuació el sacre al nivell del promontori i de les aletes sacres.
4. Per dissecció subcutània s'arriba a la cresta ilíaca i s'extreuen empelts ossis de la cara externa de l'ala ilíaca.
5. Col·locació d'una esponja de fibrina sobre la zona cruenta de l'ala ilíaca.
6. Col·locació dels empelts sobre les apòfisis articulars i transverses cruentes.
7. Tancament per plans (fig. 2).

En els casos d'hèrnia discal, després del desenganxament muscular inicial i abans de l'avivament de les articulars i les transverses, efectuem una àmplia laminectomia.

Durant el postoperatori el pacient roman al llit fins a la cicatrització de la ferida —aproximadament quinze dies—, moment en què es procedeix a col·locar-li una cotilla de guix que portarà unes dues setmanes i que canviarà després per una de contenció tipus Williams durant tres mesos aproximadament. Per tal d'obtenir resultats òptims creiem que és fonamental una rehabilitació immediata i prolongada que haurà de constar, primer de tot, d'exercicis isomètrics de la musculatura paravertebral i abdominal i, després, d'exercicis actius assistits.

DISCUSSIÓ. — La tècnica de l'artrodesi vertebral posterolateral fou descrita per primera vegada per CLEVELAND, BOSWORTH i THOMPSON,² el 1948, com a tractament d'una pseudo-artrosi d'un empelt vertebral posterior. L'octubre de 1953 WATKINS¹¹ va publicar una tècnica semblant, amb la diferència que en aquest cas es tractava d'uns empelts massissos cargolats amb abordatge lateral; posteriorment,¹² el 1959, l'autor modifica la tècnica, fent servir estelles d'esponjosa en lloc de l'empelt ossi massís, i fa referència a una estadística de 28 pacients on s'hi troben dos resultats dolents. BOSWORTH i LEVINE¹ publiquen un treball el 1956 on es refereixen a l'ús de l'artrodesi posterolateral per al tractament de fixació dels processos tuberculosos de la columna vertebral, i es mostren optimistes pel que fa a aquesta tècnica. A. VILADOT¹⁰ va presentar, fa uns anys a Palma de Mallorca, a les jornades que sobre columna organitzà JORDÀ, una primera revisió sobre 31 pacients intervinguts des de l'octubre de 1967 fins a l'octubre de 1970, trobant resultats bons en 27 casos i regulars o dolents en 4.

G. TRUCHLY⁹ va exposar clarament els avantatges d'aquest mètode i que podem sintetitzar en aquests vuit apartats:

1. Un percentatge més petit de manca de fusió.
2. No cal fixar l'empelt.
3. Els empelts s'adapten fàcilment sobre les articulars cruentades i les apòfisis transverses.

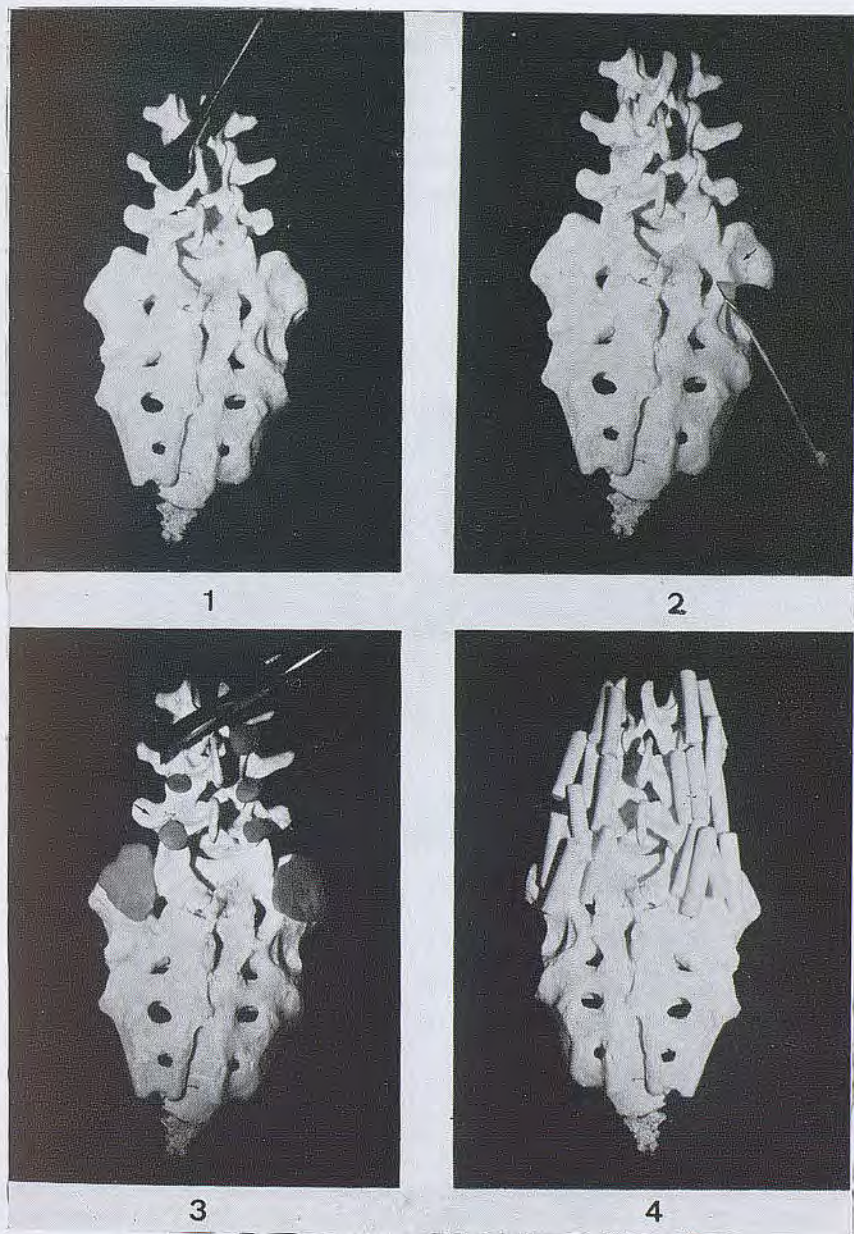


FIG. 2. — 1) Avivament de les articulars. 2) Avivament del sacre. 3) Aletes sacres i articulars cruentes, s'aviven les transverses. 4) Empelts col·locats.

4. No cal donar una forma determinada a l'empelt.
5. La massa de l'empelt es troba col·locada en una zona molt vascularitzada.
6. A causa de la seva col·locació externa no hi ha el perill que l'empelt provoqui secundàriament una compressió de la medulla quan es practica una laminectomia.
7. Lliure accés a la medulla en el cas d'haver de reintervenir el pacient.
8. La col·locació de la massa de fusió al costat de l'eix del moviment vertebral disminueix l'esforç mecànic de l'àrea de fusió (fig. 3).

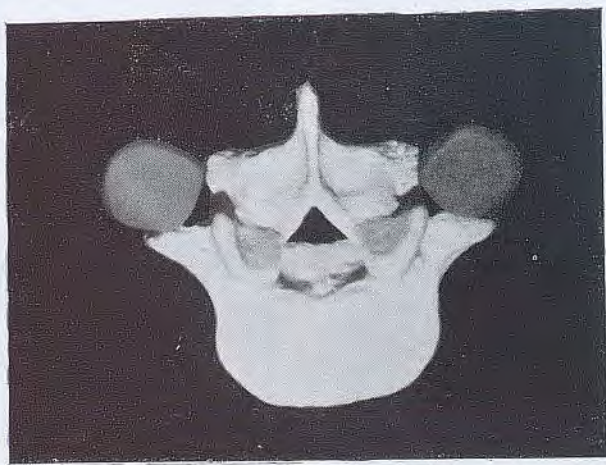
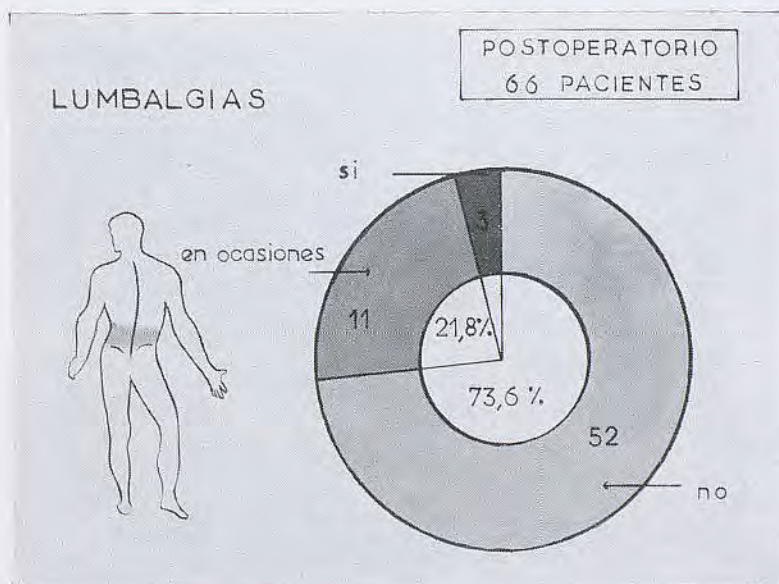


FIG. 3.

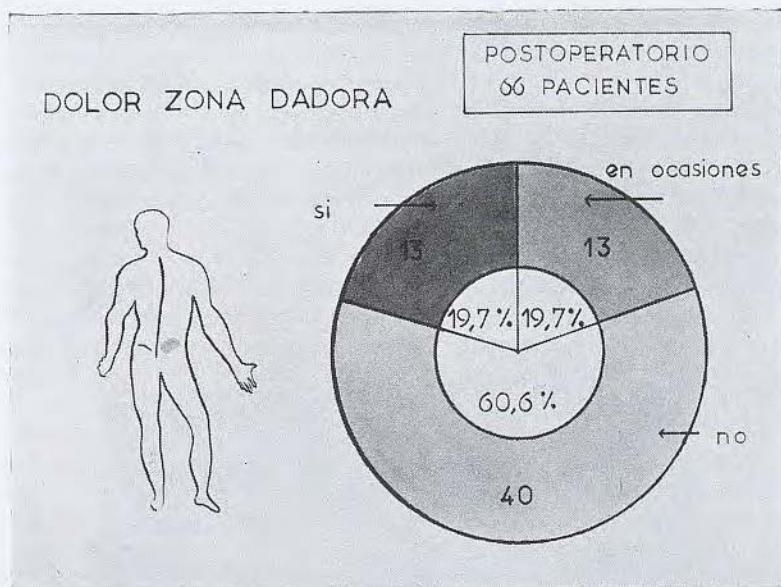
RESULTATS. — Es va enviar un qüestionari als pacients que feia més d'un any que havien estat operats. Contestaren 66 persones. Per a valorar els resultats es van tenir en compte els paràmetres següents: lumbàlgia, dolor a la zona dadora, ciatàlgia en els pacients intervinguts amb el diagnòstic d'hèrnia discal, realització d'activitats habituals, canvi d'ocupació a causa de la lesió vertebral, si empraven cotilla ortopèdica i, finalment, si estaven o no estaven satisfets de la intervenció (gràfiques II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX). La persistència d'un grup de pacients en els quals la lumbàlgia no quedà resolta del tot dona la raó, en certa manera, als reumatòlegs que es mostren escèptics amb els resultats del tractament quirúrgic en les lumbàlgies i, malgrat que, tal

com SEZE afirma,⁸ la causa fonamental de la lumbàlgia és la degeneració discal i l'artrosi interapofisària posterior, hi ha evidentment, alguna cosa que fuig a la explicació de la patogènia d'aquesta afecció, tan freqüent i complexa, que és la lumbàlgia. Els nostres resultats són semblants als exposats per DEBEYRE³ a París l'any 1973, durant el Simpòsium sobre el tractament quirúrgic de les lumbàlgies, que tingué lloc dins el marc de la Societat Francesa de Reumatologia, i que afirma que a vuit de cada deu pacients se'ls soluciona el problema totalment.

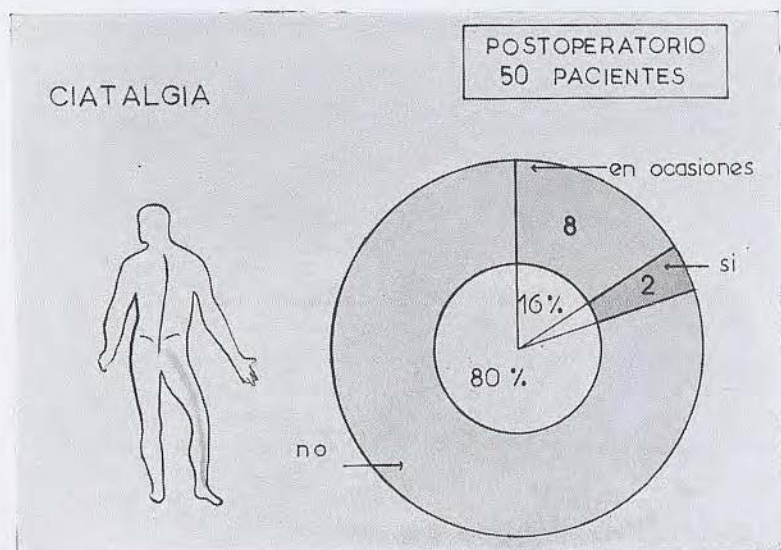
A 44 d'aquests pacients se'ls va practicar un estudi radiològic funcional, i es trobà el 18,2 % de mobilitat i el 81,8 % de fusions correctes. En aquest 18,2 % que totalitzen vuit pacients, es pogué trobar una pseudo-artrosi en tres casos; en els altres cinc no es pogueren objectivar imatges de pseudo-artrosi (gràfica IX). Per tal d'explicar aquestes troballes, NACHEMSON,⁵ en estudis practicats, afirma que hi ha un cert grau d'elasticitat òssia que permet la mobilitat al nivell del disc malgrat l'artrodesi; i CARL HIRSCH⁴ va publicar el 1965 un treball sobre reintervencions a 40 pacients afectes de lumbàlgia persistent i que no s'havia resolt amb la col·locació d'un empelt posterior; d'aquests 40 pacients trobà solament 17 pseudo-artrosis. En els nostres casos no hi ha tampoc concordança sempre entre radiologia i clínica i, així, hi ha pacients amb pseudo-artrosis evidents sense dolor, i inversament.



GRÀFICA II



GRÀFICA III

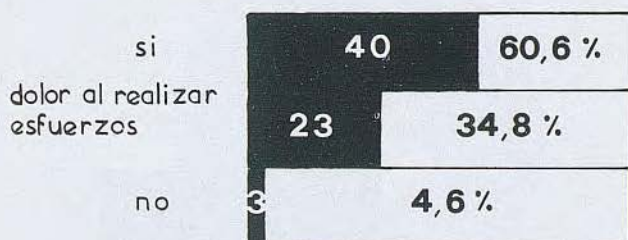


GRÀFICA IV

ACTIVIDADES HABITUALES

POSTOPERATORIO

66 PACIENTES

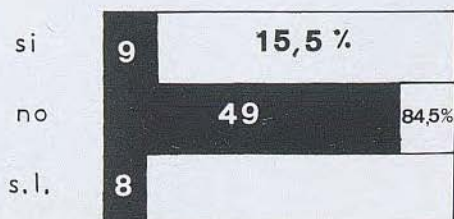


GRÀFICA V

CAMBIO LABORAL

POSTOPERATORIO

66 PACIENTES



GRÀFICA VI

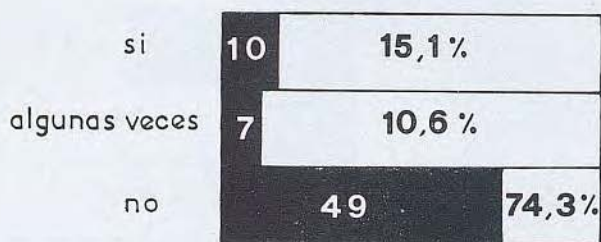
CONCLUSIONS.

1. Davant dels resultats obtinguts, estem satisfets de l'artrodesi vertebral posterolateral (figs. 4 i 5).
2. Pensem que la simple escisió del disc és insuficient en molts casos i que ha de complementar-se amb una artrodesi vertebral.

CORSE ORTOPEDICO

POSTOPERATORIO

66 PACIENTES

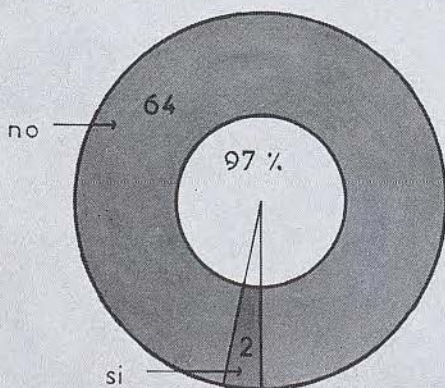
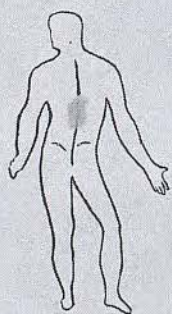


GRÀFICA VII

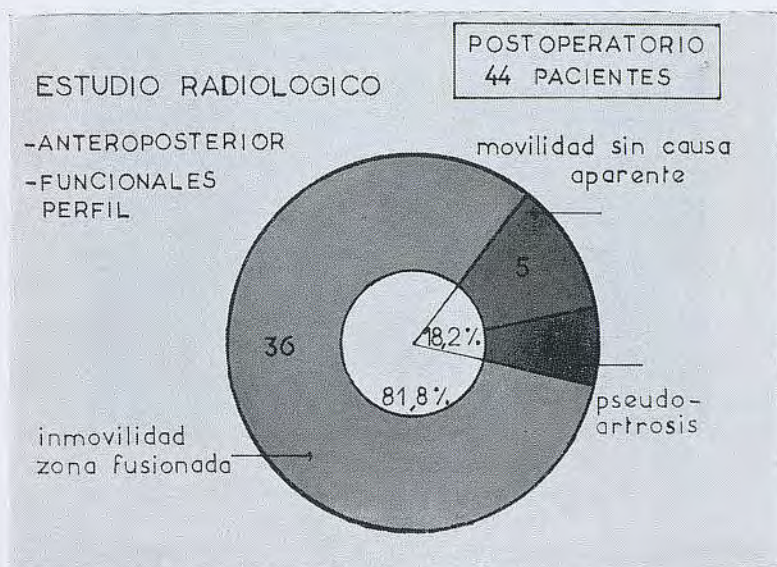
ALGIAS EN DORSO
POR ENCIMA DE LA ZONA
DE FUSION

POSTOPERATORIO

66 PACIENTES



GRÀFICA VIII



GRÀFICA IX

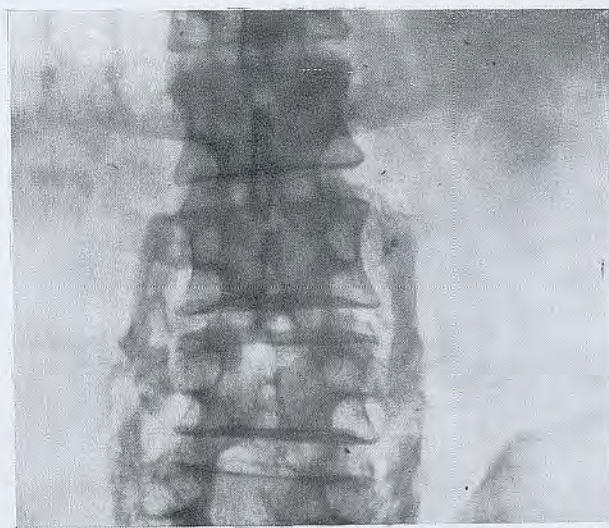


FIG. 4.

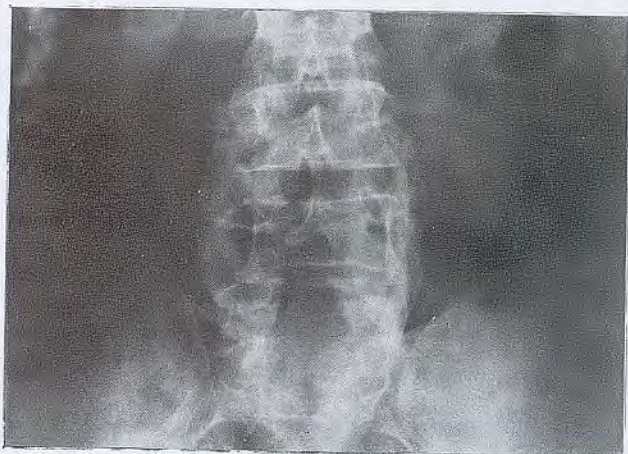


FIG. 5.

3. L'existència d'un grup de lumbàlgies persistents sense explicació evident, i la disparitat de resultats radiològics que no concorden a vegades amb la clínica fa sospitar l'existència de llacunes importants en el coneixement de la patologia d'aquesta lesió.

BIBLIOGRAFIA

1. BOSWORTH: Circumduction Fusion of the Spine. *J. Bone Joint Surg.*, 38-A, 263-269, 1956.
2. CLEVELAND, BOSWORTH, THOMPSON: Pseudarthrosis in the lumbosacral Spine. *J. Bone Joint Surg.*, 30-A, 302-312, apr. 1948.
3. DEBEYRE: Le traitement chirurgical des lombalgies. *Rev. Rhum.*, 40 (12), 745-767, 1973.
4. HIRSCH, C. Citat per Rotes, J.
5. NACHEMSON. Citat per Rotes, J.
6. ROTES QUEROL, J.: El tratamiento quirúrgico de las lumbalgias. *Revista Española de Reumatología*, vol. 1, núm. 2, pàgs. 75-77, 1974.
7. ROTHMAN i SIMEONE: *The Spine*, vol. II W. B. Saunders Company, 490, 1975, Filadèlfia.
8. SEZE, S.: Le Traitement chirurgical des lombalgies. *Rev. Rhum.*, 40 (12), 745-767, 1973.
9. TRUCHLY, G., THOMPSON, W.: Posterolateral Fusion of the Lumbosacral Spine. *J. Bone Joint Surg.*, 44-A, 505-512, 1962.
10. VILADOT, A.: Comunicació a les Jornades sobre Columna Vertebral, Palma de Mallorca, 1971.
11. WATKINS, M. B.: Posterolateral Fusion of the Lumbar and Lumbosacral Spine. *J. Bone Joint Surg.*, 35-A, 1.014-1.018, 1953.
12. WATKINS, M. B.: Posterolateral Bone-Grafting for Fusion of the Lumbar and Lumbosacral Spine. *J. Bone Joint Surg.*, 41-A, 388, 1959.

Hospital de Sant Joan de Déu (Manresa)
Hospital de Sant Rafael (Barcelona)