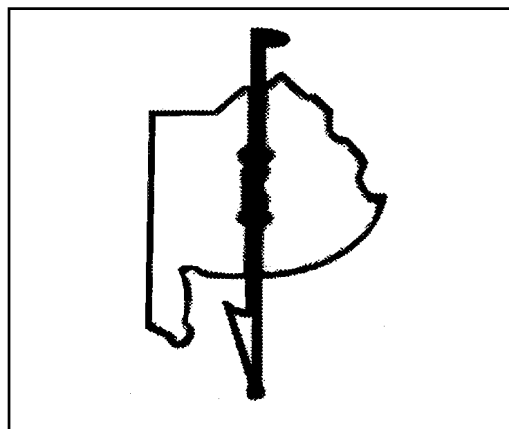


ASOCIACIÓN ARGENTINA  
DE NEUROCIRUGÍA



SOCIEDAD DE NEUROCIRUGÍA DE  
LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

## RESÚMENES

de trabajos presentados a:

# NEURO RAQUIS 2008

(Se publican sólo los resúmenes entregados a tiempo  
y debidamente estructurados)

SEXTAS JORNADAS ARGENTINAS  
DE PATOLOGÍA RAQUIMEDULAR

Mar del Plata, 25 y 26 de abril de 2008



## Patología degenerativa

### Reemplazo total discal lumbar: seguimiento a 4 años

R. SANTIVAÑEZ, D. PLUIS, J. SELSER, E. GIMÉNEZ

**Objetivo.** Presentar nuestra experiencia en los últimos 4 años sobre 89 prótesis de reemplazo total discal lumbar colocadas en 68 pacientes con discopatía lumbar degenerativa uni o multi-segmentaria y dolor lumbar crónico refractario a la terapéutica conservadora

**Material y método.** Presentamos 68 pacientes (31 hombres y 37 mujeres) en los que se implantaron 89 discos con un seguimiento postoperatorio de entre 1 y 48 meses. Se colocaron 50 prótesis en pacientes con un solo segmento afectado y 39 prótesis en pacientes con múltiples segmentos afectados de los cuales 12 fueron a 2 niveles y 5 fueron a tres niveles. En un estudio longitudinal, retrospectivo y analítico estudiamos 4 variables (VAS, Oswestry, movilidad postoperatoria y requerimiento de analgésicos). Estos resultados fueron medidos en el preoperatorio, 6 meses y después anualmente hasta los cuatro años postoperatorios.

**Resultados.** Observamos una significativa disminución del dolor lumbar, de la discapacidad, necesidad de analgésicos y restitución a valores normales de movilidad. Las complicaciones fueron dos pacientes con eyaculación retrógrada que revirtieron sin tratamiento y uno con trombosis venosa profunda que evolucionó satisfactoriamente.

**Conclusión.** Estos resultados nos permiten considerar inicialmente a la cirugía como un procedimiento eficaz para el tratamiento de la enfermedad degenerativa discal lumbar a uno o múltiples niveles.

### Resolución por vía anterior de un caso de compresión cervical anterior y posterior de origen degenerativo

C.M. KITROSER, F. LANDRIEL, S. HASDEU, E. VECCHI

**Objetivo.** Discutir las diferentes alternativas quirúrgicas y mostrar la resolución del presente caso de compresión cervical anterior y posterior de origen degenerativo

**Descripción.** Se presenta un caso de una paciente femenina de 71 años con parestesias y pérdida de fuerza en ambos miembros superiores a predominio distal izquierdo. La IRM evidencia cambios degenerativos, compresión medular cervical anterior, secundaria a discartrosis C4-C5 y posterior a expensas del ligamento amarillo, foco de mielomalacia y fusión de los cuerpos vertebrales de C5 y C6.

**Intervención.** La paciente fue intervenida por vía anterior, realizando una disectomía C4-C5, colocación de PEEK y fijación con placa y tornillos de titanio con realineación. La paciente en el postoperatorio presenta al examen clínico disminución de las parestesias y continúa con cierta debilidad. En las imágenes de control se evidencia una adecuada recuperación del espacio intervertebral y el aumento de la distancia interespinosa a dicho nivel.

**Conclusión.** En nuestra opinión, el abordaje por vía anterior como primera opción fue la mejor elección ya que permitió realizar la disectomía con restitución del espacio intervertebral, logrando mejoría, no sólo de la compresión anterior, sino también de la posterior. No obstante, cabe la posibilidad de precisar una nueva intervención por vía posterior en caso de que la descompresión anterior no haya sido suficiente y persista la clínica de la paciente.

### Reemplazo total de disco lumbar en pacientes con lumbalgia postdiscectomía. Presentación de 4 casos

J.R. PRINA, R. GUTIÉRREZ, F. CASSINI, M. BERAUDO

**Objetivo.** Presentar 4 pacientes que fueron operados de hernia de disco lumbar, y presentaron lumbalgia permanente de larga evolución, tratados con reemplazo total de disco lumbar

**Descripción.** Cuatro pacientes que fueron operados de hernia de disco lumbar evolucionaron con lumbalgia permanente de larga evolución sin presentar mejoría con tratamientos médicos, kinesiológicos y alternativos. A todos los pacientes se les realizó Rx frente y perfil y dinámicas, e IRM de columna lumbosacra. Todos presentaban preservación de la estabilidad, con disminución o pinzamiento del espacio operado y discopatía con signos inflamatorios de Modic tipo I o II.

**Intervención. Caso 1:** paciente de 49 años de sexo femenino operada de hernia de disco L5-S1 en 2001. Se realizó reemplazo total de disco el 23 de mayo de 2007. **Caso 2:** paciente de 45 años de sexo femenino operada de hernia de disco L5-S1 en 1998. Se realizó reemplazo total de disco el 23 de junio de 2007. **Caso 3:** paciente de 51 años de sexo femenino que fue operada de hernia de disco lumbar L5-S1 en 2001. Se realizó reemplazo total de disco lumbar el 12 de julio de 2007. **Caso 4:** paciente de 51 años de edad sexo femenino que fue operada de hernia de disco lumbar L5-S1 en 2002. Se realizó reemplazo total de disco lumbar el 3 de noviembre de 2007. Fueron evaluados con el score de Oswestry preoperatorio y postoperatorio a 1,5, 3 y 6 meses observándose una notable disminución de los valores.

**Conclusión.** El reemplazo total de disco lumbar se presenta como una alternativa de tratamiento en pacientes que presentan lumbalgia persistente luego de haber pasado por una discectomía como tratamiento de la hernia de disco lumbar.

### Reabsorción espontánea de hernia de disco lumbar. Reporte de un caso

S. BURATTI, H. BELZITI, H. FONTANA

**Objetivo.** Presentar un caso clínico de reabsorción espontánea de hernia de disco lumbar. Analizar los mecanismos descriptos en la literatura, para explicar la fisiopatología.

**Descripción.** SM de 54 años de sexo femenino que consulta por cialgia y déficit en el territorio L5 derecho. Se realiza IRM de columna dorsolumbar que muestra hernia de disco extruida L4-L5, se propone cirugía y la paciente decide diferir la misma, continuando con tratamiento médico. Luego de 2 meses se realiza nueva IRM que muestra reabsorción discal. Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

**Intervención.** Se propone cirugía, pero la paciente decide diferir la misma continuando con tratamiento médico.

**Conclusión.** Existen reportes sobre reabsorción espontánea del disco herniado, como en nuestro caso, con regresión completa del cuadro clínico. La fagocitosis mediada por una respuesta inflamatoria, es la que mejor permitiría explicar dicho fenómeno, según nuestra opinión. Pensamos que la hernia de disco debe ser considerada quirúrgica cuando existe extrusión discal y radiculopatía dolorosa con déficit, que no revierte con el tratamiento conservador, pero casos como el presentado, nos plantean el problema de la detección de otros parámetros clínicos para una mejor selección de los pacientes.

### Descompresión anterior y fijación occipitocervical en AR en el mismo acto quirúrgico

G. FOENQUINOS, F. HERRERA VEGA, P. BIGAR, S. ROMERO, J. RIMOLDI

**Objetivo.** Presentar un caso de descompresión anterior y fijación occipitocervical en artritis reumatoidea avanzada realizados en el mismo acto quirúrgico (one stage).

**Presentación.** Paciente de 63 años con AR de 16 años de evolución con dolor cervical intenso y debilidad motora progresiva (Ranawat III A). TAC cervical, subluxación C1-C2 >6 mm irreductible y pannus odontoideo. IRM cervical con pannus local con impronta dural a dicho nivel, cambios de señal y adelgazamiento medular alto.

**Intervención.** Cirugía por vía transoral con descompresión anterior de la unión bulbomedular y en el mismo acto quirúrgico, inmovilizada con un halo chaqueta y en decúbito ventral se realizó fijación occipitocervical. Se decidió el abordaje anterior por tratarse de una vía que permite la descompresión de la unión bulbomedular y se completó la fijación posterior en el mismo acto, permaneciendo internada 12 días.

**Conclusión.** Destacamos la importancia de realizar la descompresión anterior y de completar la fijación cervical posterior en el mismo acto operatorio.

### Beneficio a largo plazo de la fijación occipitocervical en la artritis reumatoidea

D. AGUAYO, P. LANDABURU, M. PLATAS, J. LAMBRE, D. RIVA

**Objetivo.** Demostrar la eficacia del tratamiento quirúrgico en un caso de AR con disminución del proceso inflamatorio local de dicha entidad.

**Presentación.** Se trata de una paciente de sexo femenino de 54 años de edad, portadora de AR de 6 años de evolución operada en el año 2004, por presentar subluxación atlantoaxoidea, con un importante pannus local, provocando compresión de la transición bulbo medular. Clínicamente se presenta con cervicalgia, cuadriparesia leve moderada, hipoestesia en hemicuerpo izquierdo, piramidismo, compromiso de pares bajos. (Ranawat III-A). La IRM preoperatoria destaca: subluxación atlantoaxoidea de 9 mm, impresión basilar, pannus con compresión anterior, mielopatía incipiente. En las radiografías dinámicas se evidencia una subluxación móvil.

**Intervención.** Se decide, por la características y evolución de la lesión, su tratamiento quirúrgico, el cual consistió en la descompresión C0-C2 por vía posterior, completando con la fijación occipitocervical C0-C3-C5-C6 e injerto autólogo. A los 4 años de realizada la cirugía, se corrobora mediante IRM, una reducción importante del pannus y de los fenómenos inflamatorios subyacentes. Además la paciente experimenta marcada mejoría clínica con recuperación motora distal, desaparición del dolor y recuperación funcional de pares bajos.

**Conclusión.** La fijación occipitocervical sigue siendo un elemento muy válido en las opciones de tratamiento quirúrgico de la AR. En nuestro caso, fue muy eficaz en el control de la respuesta inflamatoria y en la mejoría neurológica de la paciente, lo cual fue corroborado en estudios imagenológicos seriados.

### Hernia de disco lumbar medial. Resección transdural. Caso clínico y revisión bibliográfica

J. ELVIRA, C DEBONIS, A. GOLDFAND, J. MAYER, H. SOLÉ, J. GRUARÍN

**Objetivo.** Presentación de un caso clínico de una patología

frecuente y la problemática surgida al momento de la resolución quirúrgica de dicha entidad.

**Descripción.** Caso clínico y resolución quirúrgica de una hernia de disco lumbar con sintomatología habitual y la ausencia de disco foraminal ni lateral durante la cirugía mediante un abordaje posterior, lo que obligó a la exploración transdural para hallazgo de la hernia.

**Intervención.** Apertura de la cara anterior y posterior del estuche dural permitió el hallazgo y exéresis del disco protruido y consecuente resolución de la dolencia del paciente.

**Conclusión.** La presentación clínica habitual de una hernia de disco lumbar (lumbociatalgia) por compromiso lateral de la raíz y la ausencia de disco durante la exploración quirúrgica mediante un abordaje posterior obliga a la búsqueda del mismo en forma transdural siempre y cuando se tenga certeza de tratarse del espacio correcto y estudios imagenológicos que avalen la presencia de dicha protrusión.

### Espaciadores interespinosos. Su utilidad y nuestra experiencia

G. BARREIRO, G. CALLE

**Objetivo.** Evaluar la utilidad y los resultados obtenidos con el uso de los distintos tipos de espaciadores interespinosos en la patología lumbar degenerativa.

**Material y método.** Estudio retrospectivo de los últimos 2 años en el que se analizaron 80 pacientes que fueron intervenidos con patología degenerativa de columna lumbar. Se utilizó la escala de valoración visual análoga (VAS) para medir los resultados pre y postquirúrgicos. El diagnóstico se realizó a través de examen clínico, radiología simple e IRM estableciéndose criterios de inclusión y exclusión determinados. Fueron intervenidos 80 pacientes y se colocaron 98 implantes. El 44% fue de sexo femenino y el 56% de sexo masculino. La edad promedio fue de 46 años. El VAS pre tratamiento fue de 8,4 y el VAS post de 2,6. El implante más utilizado fue el DIAM (35 pacientes), seguido por el Wallis, Pixis, Coflex y el ISS. La indicación más frecuente fue el canal estrecho segmentario (50%), seguido por la hernia discal voluminosa, el dolor lumbar discogénico y el dolor lumbar facetario. El espacio más tratado fue el L4-L5 (55 pacientes).

**Resultados.** Se obtuvo una muy buena o buena recuperación en el 87,5% de los pacientes y se presentaron 3 complicaciones que fueron solucionadas.

**Conclusión.** El uso de los espaciadores interespinosos aporta una solución satisfactoria en el tratamiento de la patología degenerativa lumbar. Esta técnica es rápida y sencilla con muy buenos resultados y bajas complicaciones. La recalibración del canal espinal sumado a la estabilización posterior mejora significativamente la recuperación inmediata de los síntomas previos.

### Estenosis del canal lumbar en pacientes mayores de 65 años. Vigencia de la recalibración sin artrodesis

A. MIRON, P. SEOANE, J. CASASCO, A. MERCADO, S. PALLINI, M. AMAOLO

**Objetivo.** Analizar nuestra experiencia con la recalibración sin artrodesis publicada por Jacques Senegas en 1988.

**Material y método.** Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas y la fichas de consultorio externo de 78 pacientes con diagnóstico de canal estrecho lumbar en el período comprendido entre enero del 2004 y enero 2008; 54

pacientes fueron sometidos a descompresión selectiva de los segmentos estenóticos previo tratamiento conservador prolongado. La media de edad fue de 71,83 años. Un 22,2% (n=12) presentaba un canal estrecho monosegmentario; mientras que el 77,8% (n=42) restante un canal multisegmentario. El seguimiento clínico promedio fue de 27 meses. La clínica predominante fue: dolor radicular, claudicación neurogénica y lumbalgia. Los estudios complementarios utilizados fueron las radiografías, TAC, IRM y estudios neurofisiológicos. Se evaluó el tipo de canal estrecho, se tomaron mediciones de los diámetros anteroposterior, el interfacetario y el receso lateral pre y postoperatorio.

**Resultados.** Con respecto a la respuesta cliniconeurológica 45 pacientes (83,3%) presentaron una mejoría en el postoperatorio inmediato. En 6 pacientes (7,6%) persistió el dolor lumbo-ciático que mejoró con el reposo y posterior fisiokinesioterapia. La internación promedio fue de 5,2 días y el tiempo promedio quirúrgico fue de 2 horas y 40 minutos. El resultado a los 27 meses fue excelente en 33 pacientes (61,2%), bueno en 5 (9,2%), regular en 12 (22,2%) y malo en 4 (7,4%). El porcentaje de complicaciones postoperatorias fue de un 13,7%, distribuidas en sacroileítis, durotomías incidentales, infecciones y reestenosis.

**Conclusión.** El objetivo principal de la recalibración del canal estrecho lumbar es la descompresión radicular, sin producir inestabilidad, evitando la fijación y disminuir así el tiempo operatorio en pacientes añosos. La evolución de estos pacientes generalmente es muy buena, recuperando su actividad diaria.

#### Estrategias combinadas de tratamiento en la enfermedad degenerativa discal

R. SANTIBAÑEZ, D. PLUIS, J. SELSER, E. GIMÉNEZ

**Objetivo.** Presentar la utilización de procedimientos combinados adaptados al grado de degeneración de cada nivel de artrodesis por vía anterior o posterior según los elementos afectados y reemplazo total discal del o de los segmentos suprayacentes.

**Material y método.** Hemos tratado a 3 pacientes (2 masculinos y 1 femenino) con enfermedad degenerativa discal multisegmentaria en los que se realizó un procedimiento de artrodesis y artroplastia simultáneamente. En 2 de ellos se realizó la artrodesis instrumentada posterior L5-S1 y reemplazo total discal del nivel suprayacente, en el tercero se realizó artrodesis instrumentada por vía anterior a nivel L5-S1 y el reemplazo total discal de los 3 segmentos suprayacentes. Los pacientes se evaluaron pre y postoperatoriamente con Rx estáticas y dinámicas, IRM, escala visual análoga y Oswestry. El seguimiento postoperatorio es de entre 1,5 años y 2 años según el paciente.

**Resultados.** Observamos la desaparición de los síntomas radiculares con una muy significativa disminución del dolor lumbar e ingesta de analgésicos y valores normales de movilidad a nivel de la/s artroplastia/s realizadas. Ninguna de las artrodesis tuvo fallo de fusión. No se registraron complicaciones en estos pacientes.

**Conclusión.** Estos resultados nos permiten considerar que el tratamiento combinado de fusión/no fusión en un mismo acto quirúrgico es una estrategia adecuada y efectiva en el alivio del dolor, preservando la movilidad segmentaria en aquellos segmentos disfuncionales leves y alcanzando la fusión en los segmentos con espondilosis severa.

### Patología vascular

#### Fístula arteriovenosa dural espinal. Una infrecuente dificultad diagnóstica y terapéutica

C. DE BONIS, J. FERNÁNDEZ, O. FRANZE, J. ELVIRA, A. GOLDFAND, H. SOLÉ

**Objetivo.** Presentar un caso de malformación vascular espinal sin confirmación angiográfica preoperatoria de la patología.

**Descripción.** Se presenta un paciente masculino, de 59 años de edad, que consulta con un cuadro de mielopatía progresiva de aproximadamente 16 meses de evolución.

**Intervención.** Se realiza IRM espinal que descarta la presencia de patología degenerativa significativa y tumoral como etiología de su cuadro clínico. A su vez las imágenes permiten sospechar una probable patología vascular por lo que se le realiza una arteriografía espinal selectiva. El estudio arteriográfico no evidenció malformación vascular. Teniendo en cuenta la sospecha clínica e imagenológica se decidió cirugía exploratoria.

**Conclusión.** La malformación vascular espinal debe ser siempre tenida en cuenta entre los diagnósticos diferenciales de la mielopatía progresiva. Ante la sospecha clínica de malformación vascular espinal, con imágenes de resonancia compatibles es permisible realizar una cirugía exploratoria. No existe método que reemplace la información aportada por la arteriografía espinal selectiva.

#### Embolización de fístula arteriovenosa dural intrarraquídea D7 derecha. Reporte de un caso

H. GIACOBBE, P. MAGGIORA, C. MORENO, M. SÁEZ

**Objetivo.** Presentar un caso de fístula arteriovenosa dural intrarraquídea.

**Descripción.** Paciente de 63 años que presenta síndrome raquimedular de dos años de evolución sin observarse alteraciones en las IRM realizadas. Se constata sin embargo proteinorraquia en el LCR; 20 días antes de su internación presenta paraparesia a predominio derecho, internándose con alteración en el control de esfínteres.

**Intervención.** Se realiza IRM en la cual se observan imágenes vasculares correspondientes a probable MAV intrarraquídea. Posteriormente se realiza angiografía digital raquimedular, la cual corrobora el diagnóstico de fístula A-V dural cuyas aferencias dependen del pedículo intercostal D7 derecho. Se realiza la oclusión endovascular de la fístula realizando el cateterismo ultraselectivo de las aferencias de la misma y su posterior oclusión con Histoacryl/ Lipiodol. No se observó aumento de la sintomatología al finalizar el procedimiento y a 90 días de la realización del mismo la evolución del paciente es favorable con plan de rehabilitación.

**Conclusión:** El abordaje endovascular (embolización) para el tratamiento de este tipo de patología de baja incidencia poblacional es un método seguro y efectivo con baja morbimortalidad

### Patología tumoral

#### Linfoma no Hodgkin primario espinal: reporte de 3 casos

J. SCHULZ, L. FIGUEROA, D. MARTÍNEZ, F. ALBERIONE, R. MATERA, J. CASCARINO ET AL

**Objetivos.** Reportar 3 casos de pacientes con diagnóstico de

linfoma no Hodgkin primario espinales, su tratamiento y su evolución.

**Descripción.** Se presentan dos pacientes femeninos y uno masculino que consultaron por signos deficitarios sensitivomotores y/o dolor local. Los estudios imagenológicos evidenciaron lesiones expansivas a nivel cervical (n=1) y dorsal (n=2). Se realizó exéresis quirúrgica. Resultado anatomopatológico: Linfoma no Hodgkin de células B. El screening oncológico fue negativo para otras localizaciones.

**Intervención.** El tratamiento quirúrgico seguido de quimioterapia permitió una mejoría clínica e imagenológica en dos pacientes que se reintegraron a las actividades de la vida diaria. Un paciente falleció a causa de complicaciones asociadas a la quimioterapia.

**Conclusión.** Los linfomas primarios espinales son entidades infrecuentes. El tratamiento de elección es quirúrgico y quimioterápico. El pronóstico está sujeto a las complicaciones de la terapia coadyuvante y la historia natural de la enfermedad.

### Tratamiento quirúrgico de las metástasis vertebrales

P. MARINO, N. ROURA, C. FUSTER, J. SALVAT

**Objetivo.** Presentar las distintas alternativas quirúrgicas, utilizadas en nuestro Servicio para el tratamiento de las metástasis vertebrales.

**Material y método.** Se evaluaron en forma retrospectiva todos los pacientes con diagnóstico de metástasis vertebrales que recibieron tratamiento quirúrgico durante el período comprendido entre marzo 1998 y marzo 2008. Se ordenó el estudio investigando los siguientes ítems: a) incidencia, b) frecuencia, c) topografía, d) diseminación, e) clínica, f) diagnóstico, h) tratamiento.

**Resultados.** Fueron operados 16 pacientes. La mayor frecuencia de MTS fue de mama, pulmón y próstata, con una topografía dorsolumbar predominante; la presentación clínica más frecuente fue el dolor, la debilidad y/o los trastornos sensitivos, el diagnóstico se estableció con análisis de laboratorio, imágenes y punciones biopsia; para el tratamiento quirúrgico se utilizaron la vía anterior, posterior y combinada.

**Conclusión.** El tratamiento quirúrgico de las metástasis vertebrales mediante la selección adecuada de la vía, anterior, posterior o combinada, ofrece mantener la estabilidad de la columna vertebral, calmar el dolor y evita o reduce el daño neurológico

## Patología infecciosa

### Absceso epidural espinal: presentación de 2 casos y revisión de la literatura

G. SALMAN, L. GREGORI, M. BEGUERÍ, E. D'ANNUNCIO, G. TRÓCCOLI

**Objetivo.** Describir 2 casos de abscesos epidurales espinales agudos (AEEA) y realizar una revisión bibliográfica.

**Descripción. Caso 1.** Paciente masculino de 58 años sin antecedentes de importancia, con dorsalgia aguda de 6 días de evolución, a la cual en las últimas 4 horas se agregó paraparesia, nivel sensitivo D5 y trastornos esfinterianos que motivaron la consulta neuroquirúrgica de urgencia. No se observaba foco infeccioso evidente. Afebril. Los estudios de laboratorio demostraban ERS >100 mm/h y leucocitosis. **Caso 2.** Paciente femenino de 65 años, con antecedentes de colecistectomía de 1 mes previo al comienzo del cuadro neurológico. Ingresó con lumbalgia aguda, nivel sensitivo D12, de un mes de evolución

y paraparesia que en las últimas horas se acentúa lo que motiva principalmente la derivación. El resto del examen físico normal. Afebril. ERS 120 mm/h.

**Intervención.** Ambos pacientes fueron estudiados con IRM con contraste paramagnético al ingreso. En el primer caso se diagnosticó un absceso epidural espontáneo agudo de 9 cm, con centro líquido, incorporando periféricamente el contraste, abarcando los niveles dorsales D5 a D7, que comprimía y desplazaba ventralmente el saco dural. Se realizó laminectomía de los niveles mencionados, evacuando el absceso y sus granulaciones durales. El cultivo demostró *Sp. Aureus* MR. Luego de la cirugía mejoró ostensiblemente el foco motor (4+), desapareció el dolor y los trastornos sensitivos. En el segundo paciente, la IRM demostró una espondilodiscitis D1-D12, con un absceso epidural anterior asociado a nivel L1-L2 sin destrucción ósea significativa. Se realizó laminectomía de D10 a L3, realizando discectomía D11-D12 y evacuación con debridamiento del absceso epidural. El cultivo demostró bacilos gram negativos de la familia Enterobacteraceae. Luego de la cirugía el paciente recuperó fuerza muscular (4/5). Ambos pacientes recibieron 6 semanas de antibioticoterapia EV, con asistencia del Servicio de infectología.

**Conclusión.** El absceso epidural espinal tiene una incidencia estimada en 1 cada 10.000 pacientes que ingresan al hospital y se encuentra en aumento con una tasa de mortalidad del 20%. La columna dorsal es la localización más frecuente. Con respecto al saco dural se pueden clasificar en posteriores (80%) y anteriores (20%), estos últimos asociados a osteomielitis y discitis vertebral. Debido a que en sus estadios iniciales suele presentarse con dorsalgia, leucocitosis, ERS elevada y otros signos inespecíficos, el neurocirujano deberá tener presente siempre esta patología como diagnóstico diferencial, ya que su evolución suele ser tan rápida como irreversible. La IRM con Gd es el estudio de elección para el diagnóstico. El *Staph. Aureus* es el germen más frecuentemente aislado. El tratamiento consiste en evacuación quirúrgica y ATB EV por lo menos 6 semanas. En casos de estar asociados con osteomielitis y/o discitis se deberá evaluar la posible inestabilidad vertebral y realización de fusión, especialmente con reemplazos autólogos.

### Espondilodiscitis cervical, asociada con absceso epidural y prevertebral

S. SALAVERRIA, J.F. GRUARÍN

**Objetivo.** Comunicar un caso de espondilodiscitis C4-C5 complicado con absceso prevertebral multitabicado de C2 a C7 y epidural anterior de C4 a C7.

**Presentación.** Paciente de 40 años de edad, sexo femenino, que ingresa a nuestro Servicio con cervicobraquialgia bilateral de varios días de evolución, que se exacerba con el esfuerzo. Las parestesias e hiperestésias predominan en territorio C6-C7 del miembro superior derecho. Con fiebre y exámenes de sangre que muestran una eritrosedimentación elevada y recuento de glóbulos blancos normales. Presenta como antecedente de importancia un tratamiento odontológico de hace un año de conducto, complicado con infección dentaria. IRM: espondilodiscitis C4-C5. Extensa colección líquida prevertebral tabicada desde C2 a C7, que desplaza hacia delante la vía aérea, asociada a una colección anterior epidural que se extiende de C3 a C6. Compromiso inflamatorio del tejido celular a nivel de los forámenes de conjugación. La médula espinal desplazada, comprimida y deformada desde C2 a C6.

**Intervención.** Se indica tratamiento médico con inmovilización de la columna cervical y se programa la cirugía. Se procede a la intervención por vía anterior con punción, drenaje y extirpación

del absceso prevertebral. Se procede a la discectomía C4-C5, cureteado de los restos de los platillos vertebrales, extirpación de tejido óseo osteomielítico, resección del ligamento común vertebral posterior, exploración del espacio epidural anterior y evacuación del contenido del absceso epidural. Se efectúa un lavado profuso con solución fisiológica y se deja drenaje por contrabertura. El estudio bacteriológico es positivo a estafilococo. El examen histopatológico informa tejido muscular (largo del cuello) y conjuntivo infiltrado de polimorfonucleares. Con tratamiento antibiótico específico la paciente evoluciona con franca mejoría del estado general con remisión del síndrome infeccioso y mejoría neurológica. Los estudios radiológicos alejados muestran la adecuada fusión ósea con pérdida de la curvatura fisiológica.

**Conclusión.** El tratamiento quirúrgico de la espondilodiscitis esta indicado cuando se encuentra acompañado de un absceso en partes blandas. Se accede a la columna cervical por abordaje anterior, permitiendo el drenaje del mismo y acceso directo a las estructuras involucradas para efectuar un adecuado desbridamiento. Difiriendo de acuerdo a la evolución para un segundo tiempo, la estabilización y fijación cuando se encuentre totalmente curado el proceso infeccioso.

## Patología traumática

### Subluxación rotatoria atlantoaxial postraumática del adulto. Presentación de dos casos

M. ESPECHE, P. MARINO, S. CONDOMI ALCORTA, A. CERVIO, J. SALVAT

**Objetivo.** Reportar 2 casos de subluxación rotatoria atlantoaxial postraumática del adulto que fueron manejados con tratamiento ortopédico.

**Descripción.** En los dos pacientes hubo antecedente de trauma con columna cervical en extensión en una y lateralización y rotación en la otra, en un caso con 15 días de evolución y otro dentro de 24 hs. Ambos casos presentaron limitación subálgica del movimiento cervical y cervicalgia. En un caso se observó la clásica posición en "cock robin" y parestesias en miembro superior. Se realizaron TAC con reconstrucción en tres planos que confirmó la sospecha en Rx simple de columna cervical frente, perfil y transoral. En ningún caso se constató fractura de odontoides.

**Intervención.** En ambos casos se realizó reducción cerrada, un caso por tracción cervical y el otro por inmovilización con collar cervical. En los dos casos hubo remisión de los síntomas y mejoría imagenológica gradual, sin recurrencia posterior.

**Conclusión.** La subluxación rotatoria atlantoaxial postraumática es infrecuente en adultos debido, probablemente, a las características particulares biomecánicas de la articulación atlantoaxoidea y la probable letalidad de lesión de la médula adyacente o arterias vertebrales antes de la llegada al centro de emergencias. Cada caso debe ser evaluado en particular, con meticoloso estudio de Rx y TAC multiplanar. El tratamiento consiste en reducción cerrada e inmovilización con collar cervical rígido y en casos de falla en la reducción o recurrencia, se indica cirugía aunque no hay un protocolo de manejo estándar. El éxito depende del tiempo de instauración del tratamiento.

### Fracturas toracolumbares. Revisión de 10 casos operados en un hospital público

P. LANDABURU, M. PLATAS, J. LAMBRE, L. LUQUE, A. CASTRO, D. AGUAYO

**Objetivo.** Análisis retrospectivo de 10 fracturas toracolumbares operadas.

**Material y método.** Se utilizó la categorización de Magerl para el mecanismo lesional y la clasificación de ASIA, para el deterioro neurológico. Además se agruparon los casos de acuerdo a sexo, edad, factor causal del trauma, nivel lesional, estudios diagnósticos, tratamiento quirúrgico instituido, tiempo promedio de demora de adquisición del material, y evolución clínica e imagenológica.

**Resultados.** Del total de casos seleccionados, 7 (70%) correspondieron al sexo masculino, 3 (30%) al sexo femenino. Con respecto al nivel lesional, 4 (40%) casos fueron de la charnela toracolumbar (D12/L1), 4 (40%) lumbares, 2 (20%) dorsales. El mecanismo causal más frecuente fue caída de altura, seguida por accidente automovilístico. Dentro de la clasificación de Magerl, 4 (40%) fueron B (B2), 3 (30%) A (2 A3, 1 A1), 3 (30%) C (2 C2, 1 C3). Con respecto al cuadro neurológico, 8 (80%) de los pacientes al momento del ingreso se encontraban asintomático o con deterioro mínimo (ASIA E), 2 (20%) se presentaron con lesión medular completa (ASIA A). Los estudios imagenológicos fueron en todos los casos, Rx (frente, perfil), TAC e IRM del raquis. El tratamiento quirúrgico instituido fue, en 7 (70%) de los casos vía posterior (artrodesis con tornillos transpediculares en 5 casos, y colocación de marco de Harshill en 2), 2 (20%) vía anterolateral izquierda (corpectomía + discectomía + injerto autólogo y artrodesis con Z Plate y tornillos corporeales), y 1 caso requirió fijación circunferencial (vía posterior con marco de Harshill en un tiempo, y vía anterolateral con Zplate en un segundo tiempo). La demora en la obtención del material fue de un promedio de 5 semanas (mínimo de 2 semanas y máximo de 7).

**Conclusión.** La mayoría de los casos correspondieron al sexo masculino, los niveles afectados con mayor frecuencia fueron D12/L1, y lumbares puras. Dentro del mecanismo lesional fueron más frecuentes las fracturas complejas Magerl B y clínicamente fue raro el déficit neurológico importante. Con respecto al tratamiento quirúrgico, con la técnica transpedicular se lograron mejores resultados en cuanto a reducción y preservación de la motilidad articular en segmentos sanos, previniendo deformidades postraumáticas y restableciendo la estabilidad del raquis, aunque en algunas ocasiones es necesario un abordaje anterior para evitar la cifosis y lograr una correcta descompresión del canal lumbar. Los tiempos de adquisición del material fueron acordes al medio hospitalario público. La evolución fue satisfactoria en cuanto a rehabilitación clínica, y posición correcta de los materiales de fijación.

### Luxación traumática T12-L1: presentación de un caso y revisión de la literatura

E. D'ANNUNCIO, M. BEGUERÍ, G. SALMAN, L. GREGORI, G. TRÓCCOLI

**Objetivo.** Describir un caso de luxación traumática T12 - L1 y realizar una revisión bibliográfica.

**Descripción.** Paciente femenina de 20 años sin antecedentes de importancia que luego de sufrir trauma automovilístico severo, compensada hemodinámicamente, comenzó con un cuadro de paraparesia severa, sensibilidad conservada con disestesias a nivel D12-L2, trastornos esfinterianos e hiporreflexia aquiliana y rotuliana bilateral. Resto del examen sin particularidades.

**Intervención.** Se realizaron radiografías simples del raquis, donde se halló una espondilolistesis D12-L1 sin fractura aparente de los cuerpos vertebrales. La TAC a este nivel demostró una luxación de las facetas articulares bilateral con el "signo de la carilla articular desnuda". De inmediato se realizó una IRM donde se observó una lesión medular en los niveles D12-L1 (mielomalacia), sin fragmentos en el canal. En agudo se intentó una reducción quirúrgica, facetectomía de facetas encastradas, con resultado parcial. Luego en diferido por carecer en agudo del sistema de fijación, se realizó

reducción y fijación con tornillos transpediculares. La paciente a 2 meses del traumatismo raquímedular se encuentra en rehabilitación fisiokinésica, presentando leve mejoría de la fuerza muscular en ambos miembros inferiores y persisten trastornos esfinterianos. Sin alteraciones en la sensibilidad.

**Conclusión.** Las luxaciones traumáticas a nivel de la columna toracolumbar son lesiones infrecuentes pero con alto índice de lesiones medulares. Se asocian en porcentaje variable a lesiones viscerales toracolumbares por lo que puede pasar inadvertida al ingreso. Es una lesión inestable, esto se debe a la existencia de las costillas flotantes a este nivel, con la consiguiente falta de sujeción de la caja costal, la transición cifosis-lordosis con la diferente disposición de las facetas articulares, y la mayor movilidad del segmento lumbar. El diagnóstico inicial se realiza por placas de rayos simples donde se observa el desplazamiento anterior del cuerpo superior, pero la tomografía computada con reconstrucción 3D es el método de excelencia, donde en los cortes axiales podemos ver la anormal disposición de las facetas articulares, siendo característico el denominado signo de la faceta desnuda. A su vez los cortes sagitales confirman el diagnóstico. La IRM nos informa del estado medular, discal, fragmentos intracanal y estructuras ligamentarias. El tratamiento es quirúrgico debido a la gran inestabilidad que produce esta lesión. Con la intervención quirúrgica por vía posterior se persiguen tres objetivos: la reducción de la luxación, la adecuada descompresión medular, y la estabilización y fusión del segmento inestable.

#### Lesiones cervicales múltiples no contiguas en dos pacientes con traumatismo de gravedad diferente

G. GONZÁLEZ, J. VILLEGAS, N. GOLDENBERG, A. ZILIO, J. SHILTON

**Objetivo.** Presentar dos pacientes con lesiones cervicales múltiples secundarias a traumatismos de diferente gravedad y su resolución quirúrgica.

**Descripción. Caso 1:** paciente de 27 años, sexo masculino, víctima de una colisión automovilística determinante de politraumatismos graves: trauma craneano con pérdida de conciencia, fracturas cervicales múltiples (C1, C2, luxación posterior C1-C2 y fractura-luxación C6-C7 con bloqueo facetario unilateral (inadvertida en otro nosocomio) y contusiones pulmonares bilaterales. Al ingreso se evidencia insuficiencia respiratoria mecánica, déficit sensitivomotor completo en miembros inferiores con nivel lesional C6 y déficit parcial en miembro superior izquierdo. Intercurrencias infecciosas, respiratorias y urinarias obligan a diferir en numerosas ocasiones el tratamiento quirúrgico. **Caso 2:** paciente de 53 años, sexo masculino, tabaquista, que sufre TEC sin pérdida de conocimiento por caída de 2 metros de altura. Consulta a la Guardia por cervicalgia intensa, sin signos de déficit neurológico. Al examen se encontraba lucido, Glasgow 15/15, sin déficit motor ni sensitivo, se objetiva importante contractura muscular cervical. Rx cervical evidencia una subluxación C4-C5, en la TAC se observa fractura de Jefferson con desplazamiento menor a 7 mm. IRM que demuestra los hallazgos citados anteriormente.

**Intervención. Caso 1:** tras un intento fallido de reducción, bajo anestesia general, de la luxación posterior de C1-C2, se realiza abordaje y fijación posterior con colocación de marco de Harts-hill-Ransford Occipito-C4 y facetectomía C6-C7 derecha. En un segundo tiempo se realiza la discectomía por vía anterior y luego bajo tracción cefálica intraoperatoria se logra la corrección de la luxación subaxial; se artrodesa y fija mediante injerto tricortical y placa con tornillos. **Caso 2:** se coloca Halo Vest durante 6 meses con controles radiológicos periódicos. Posteriormente se trata la subluxación C4-C5 mediante corporectomía C5, en

razón de presentar patología degenerativa previa C5-C6, colocación de implante corporal con relleno óseo autólogo y fijación con placa atornillada. En ambos casos se logró una buena evolución clinicoradiológica.

**Conclusión.** Si bien la frecuencia de lesiones cervicales múltiples es baja, la presentación de estos dos casos nos alerta sobre la obligación de efectuar estudios completos del raquis independientemente de la gravedad del traumatismo. El tipo de tratamiento y el timing del mismo se deben adecuar a cada caso particular

#### Fractura traumática cervical tipo B. Presentación de un caso

F. CASSINI, R. PRINA, R. GUTIÉRREZ, A. YAÑEZ

**Objetivo.** Describir un caso de tratamiento quirúrgico en una fractura traumática cervical C6-C7 tipo B con espondilitis anquilosante

**Descripción.** Paciente de sexo masculino de 65 años de edad, con espondilitis anquilosante y una fractura traumática de columna cervical C6-C7 tipo B según clasificación de AO y hematoma extradural. Se realizó artrodesis autóloga e instrumental por vía posterior y evacuación del hematoma por laminotomía mínima de dos niveles.

**Intervención.** Se realizó la cirugía por vía posterior, previa comprobación de la reducción manual y alineación de la fractura. Se utilizó cabezal de Mayfield. Se realizó laminotomía de 3 niveles (C5, C7 y T1) de apertura mínima para evacuar el hematoma extradural y evitar un mayor grado de inestabilidad y laminectomía C6. Se colocaron tornillos transarticulares desde C4 a T1 e injerto autólogo

**Conclusión.** Consideramos a la vía posterior de elección para el tratamiento de este tipo de fractura con la utilización de un sistema de fijación largo en un paciente con espondilitis anquilosante

#### Misceláneas

##### Eficacia analgésica de la pregabalina sobre el dolor postquirúrgico agudo

G. FIGALLO

**Objetivo.** Exponer una metodología de tratamiento empleada por un grupo de cirujanos espinales de este medio en el tratamiento y prevención del dolor postquirúrgico en cirugía espinal.

**Material y métodos.** Para la realización de este trabajo se seleccionaron 48 pacientes en el periodo 2006 a 2008 a los que se les realizaron fijaciones de columna con barras y tornillos pediculares + injerto en niveles L4-L5-S1 repartidos en 28 mujeres y 20 hombres, con un grupo etario de 21 a 56 años, con patología predominante de espondilolistesis e inestabilidades. Se los divide en: grupo A) 8 pacientes reciben dosis única prequirúrgica de 75 mg; grupo B) 8 pacientes reciben dosis única de 150 mg; grupo C) 8 pacientes reciben dosis semanal 75 mg/día y grupo D) 24 pacientes no reciben pregabalina. Se evaluaron los consumos postoperatorios inmediatos hasta el alta de dextropropoxifeno, nalbufina, ketorolac, diclofenac, morfina y otros. Se evalúa el dolor por la escala visual analógica-EVA- erl DN4.

**Resultados.** Se encontró en los pacientes de los grupos B y C un reducción significativa del orden del 68 a 75% del requerimiento de dosis analgésicas en las primeras 8 a 12 horas de analgesia con opioides.



**Conclusión.** Se detectó con el gabapentin, una sustancial reducción del dolor, el requerimiento de opiáceos con sus efectos adversos en las primeras 24/48 hs, y la posibilidad de desarrollar complicaciones como radiculitis postquirúrgicas. Tomándose como parámetro una cirugía dolorosa como es la fijación.

### Tomografía multislice para el control de cirugía de fijación de columna

G. FIGALLO

**Objetivo.** Exponer nuestra primera experiencia en el uso de tomografía para seguimiento de paciente con fijación de columna.

**Material y método.** Para la realización de este trabajo se separaron 6 pacientes con fijaciones de columna con barrales y tornillos operados entre 4 y 6 años antes. Con diferentes imágenes hasta 10 placas por paciente, obtenidas en un promedio de 10 minutos, el tomógrafo multislice mediante un software específico detecta desde la colocación de los tornillos en sus correspondientes pedículos (o no), las barras (con metalosis o no), presencia de pseudoartrosis, colocación de injertos, para culminar con imágenes que visualizan por reconstrucción toda la columna sin el artefacto metálico o prótesis, e imágenes de la prótesis propiamente dicha suspendida en el aire.

**Conclusión.** La presentación de este trabajo preliminar, por nuestro grupo, esperamos que aporte un arma muy importante en la comunidad de cirujanos espinales para saber resolver patología postquirúrgica o bien para controles alejados de pacientes.

### Espondilolistesis lumbosacra de alto grado. Tratamiento por vía posterior. Presentación de dos casos

R. GUTIÉRREZ, F. CASSINI, R. PRINA

**Objetivo.** Describir dos casos de tratamiento quirúrgico por vía posterior en espondilolistesis lumbosacra de alto grado.

**Descripción.** En dos pacientes de sexo masculino de 28 y 20 años de edad, con espondilolistesis grado III y grado IV, se realizó reducción a grado I con control visual directo radicular, con un sistema de tornillos transpediculares y rótulas de angulación variable que permiten una reducción progresiva hasta un tope máximo por vía posterior con abundante injerto autólogo

**Intervención.** Se realizó la cirugía por vía posterior, con localización de pedículos de L5 y S1, colocación de tornillos transpediculares en L5 con laminectomía e identificación radicular bilateral y reducción de la listesis III-IV a grado I. En el postoperatorio y por dos meses posteriores a la cirugía, el paciente con grado IV requirió tratamiento antineurítico.

**Conclusión.** La utilización de tornillos especiales con rótulas de angulación variable colocados en los pedículos de la vértebra que sufre la reducción, permitió una corrección satisfactoria de la listesis.

### Balance sagital por neurocirujanos para neurocirujanos

F. MERINO, R. SANTIVÁNEZ, E. GIMÉNEZ, C. GIAMBIAGI

**Objetivos.** Entender qué es el balance sagital y cuál es su importancia en el momento en que se decide intervenir quirúrgicamente a un paciente, teniendo en cuenta que los cambios

postoperatorios residuales, deben preservar la armonía dinámica de la columna sin secuelas álgicas.

**Material y método.** Fueron estudiados 45 pacientes, con un seguimiento mínimo de 24 meses, en un estudio longitudinal, retrospectivo y analítico acerca del balance sagital, como principal variable acerca de la corrección y preservación quirúrgica en relación a las siguientes patologías espinales: estenosis/discopatía lumbosacra y escoliosis; de ellos, 32 pacientes presentaban estenosis y discopatías y 13 escoliosis. El balance sagital (BS) se evaluó principalmente con espinogramas. Se implantaron en el primer caso prótesis de disco y en el segundo sistemas de fijación transpediculares. El rango etario fue de 33 a 49 años. Debemos conocer que existe una segunda variable, que es el rango de movilidad (RM), que también se tuvo en cuenta y que se evaluó con radiografías dinámicas de pie en máxima flexión y extensión en el pre y postoperatorio de perfil en los mismos periodos.

**Resultados.** Se encontró un aumento en el rango de movimiento en el postoperatorio de los segmentos discales L4-L5 y L5-S1 de 7,8° a 13,2° y 9,5° a 15,2° respectivamente comparado con la movilidad preoperatoria. La lordosis lumbar se incrementó en promedio de 28° a 42°, mejorando el balance sagital.

**Conclusión.** La optimización y preservación del balance sagital, ya sea por medio del reemplazo total discal o por artrodesis, constituye el pilar fundamental para la mejoría postoperatoria del dolor discogénico lumbar, tanto como de la postura esquelética.

### Coexistencia de patologías de distinta etiología en raquis

F. LATORRE, A. ZILIO, F. ORLANDINI, J. VILLEGAS,  
N. GOLDENBERG, J. SHILTON

**Objetivo.** Presentar cuatro casos en donde se asocian dos patologías de distinta etiología en el raquis.

**Presentación. Caso 1:** paciente femenina de 37 años que llega a nuestro servicio presentando dolor lumbosacro. La misma había sido intervenida anteriormente en otra institución por un cavernoma a nivel cervical y se encontraba parapléjica pero con sensibilidad perineal. La IRM lumbosacra evidenció un tumor en el sacro. Se indicó cirugía para estabilización del raquis lumbosacro pero la familia optó por una conducta no intervencionista. **Caso 2:** paciente masculino de 41 años que se presentó en el consultorio de columna derivado de otro servicio por lumbociatalgia. Al mismo ya se le había realizado una IRM lumbosacra donde se encontró una hernia de disco L5-S1 asociada a un quiste sacro. Se lo operó de la hernia y el paciente se encuentra controlado periódicamente por el quiste. **Caso 3:** paciente femenina de 64 años que ingresa por guardia presentando trastornos en la marcha por paraparesia leve a moderada. Se realiza IRM cervical y dorsal donde se encontraron dos angiomas vertebrales dorsales y un tumor D5-D6 que resultó ser un meningioma. Se la opera del tumor y mejora parcialmente la sintomatología. **Caso 4:** paciente femenina de 51 años que se atendió en el consultorio de columna por cervicobraquialgia y lumbalgia. Se la estudió con IRM cervical y lumbar. Se encontró un tumor raquimedular extradural de D12 a L1 y un estrechamiento del canal raquimedular a nivel de C6-C7 a expensas de una hernia de disco cervical y de una hipertrofia del ligamento amarillo en el mismo segmento. Se la interviene en dos tiempos quirúrgicos a nivel C6-C7: primero discotomía y luego flavectomía. Actualmente se encuentra en el POP inmediato y queda pendiente definir la conducta con respecto al tumor.

**Conclusión.** Es infrecuente encontrar en un paciente dos patologías de columna con distinta etiología. Debería tenerse presente este hecho ya que podría existir la posibilidad de confusión en el diagnóstico de algunos síndromes.

### Vertebroplastia: nuestra reciente experiencia

O. GUTIÉRREZ, E. D'ANNUNCIO, G. OTTAVIANO

**Objetivo.** Describir nuestra incipiente experiencia.

**Descripción.** Fueron realizadas 17 vertebroplastias desde 2004 al corriente año, seleccionando pacientes con patología tumoral, traumática y/u osteoporótica.

**Intervención.** Todos los casos fueron estudiados con radiología convencional e IRM, utilizando metilmetacrilato en 15 casos, previo venografía de control, 2 no pudieron ser realizadas por drenaje venoso directo, a vena cava inferior. El abordaje fue realizado en quirófano con arco en C y en sala de hemodinamia en 3 casos, se utilizó la vía transpedicular, con aguja trocar de 11 Gauge.

**Conclusión.** No hubo interurrencias de relevancia en ningún caso. Los resultados clínicos a la fecha fueron satisfactorios, menos un caso con recidiva de dolor y aparición de nuevas fracturas osteopénicas. Consideramos esta técnica útil y viable, en pacientes candidatos, con rápida externación y buenos resultados.

### Nota Técnica

#### Nuevo separador para cirugía lumbar y cervical mínimamente invasiva

D. C. BEGA RODRÍGUEZ, A. ORONA PORPPORATO

**Objetivo.** Presentar un nuevo separador lumbar y cervical: sus primeros resultados.

**Descripción.** Con forma de herradura (semicircular), agujeros múltiples y cierre con una barra recta en tamaño de 8 por 6 cm. y valvas separadoras de diferente profundidad de bordes

redondeados y otras específicas para el ligamento interespinoso que se colocan en cualquier sector según la necesidad de retracción muscular. En los casos utilizados (quince pacientes) una columna cervical y catorce lumbares.

**Conclusión.** El separador fue útil en cirugías mínimamente invasivas de región lumbar aportando una buena separación de las masas musculares y como resultado provee una excelente visibilidad. Para la región Cervical es necesario modificar su tamaño.

### Póster

#### Ependimoma tanicítico lumbar: reporte de un caso

C. MAGALLANES, J. MANDOLESI, M. TORRES, J.P. CASASCO, P. SEOANE, N. ALMERARES, L. PINGITORE

**Objetivo.** Presentar un caso de ependimoma tanicítico lumbar.

**Descripción:** Paciente de 25 años de edad que comenzó con lumbalgia de intensidad progresiva agregando en un período de dos meses disestesias en territorio S2, paresia a nivel L5 izquierda y trastornos en la micción. Se realizó resonancia magnética con gadolinio que evidenció una lesión ocupante de espacio a nivel L4-L5 posterolateral izquierdo con ocupación del canal, siendo la misma hipointensa en T1 e hiperintensa en T2; presenta refuerzo periférico luego de la administración de contraste paramagnético.

**Intervención.** Se realizó la exéresis quirúrgica radical dando como diagnóstico ependimoma tanicítico.

**Conclusión.** El ependimoma tanicítico posee un bajo índice de replicación y escasa recurrencia, razón por la cual la exéresis radical es el método terapéutico de elección sin otro coadyuvante.