

ESPONDILOLISIS EN PACIENTE JOVEN NO DEPORTISTA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Martínez Miguélez, K; Pèlach Nadal, M; Val Lechuz, M-L; Noriego Muñoz, D; Berta Compte, L; Turallols Vidal, N.

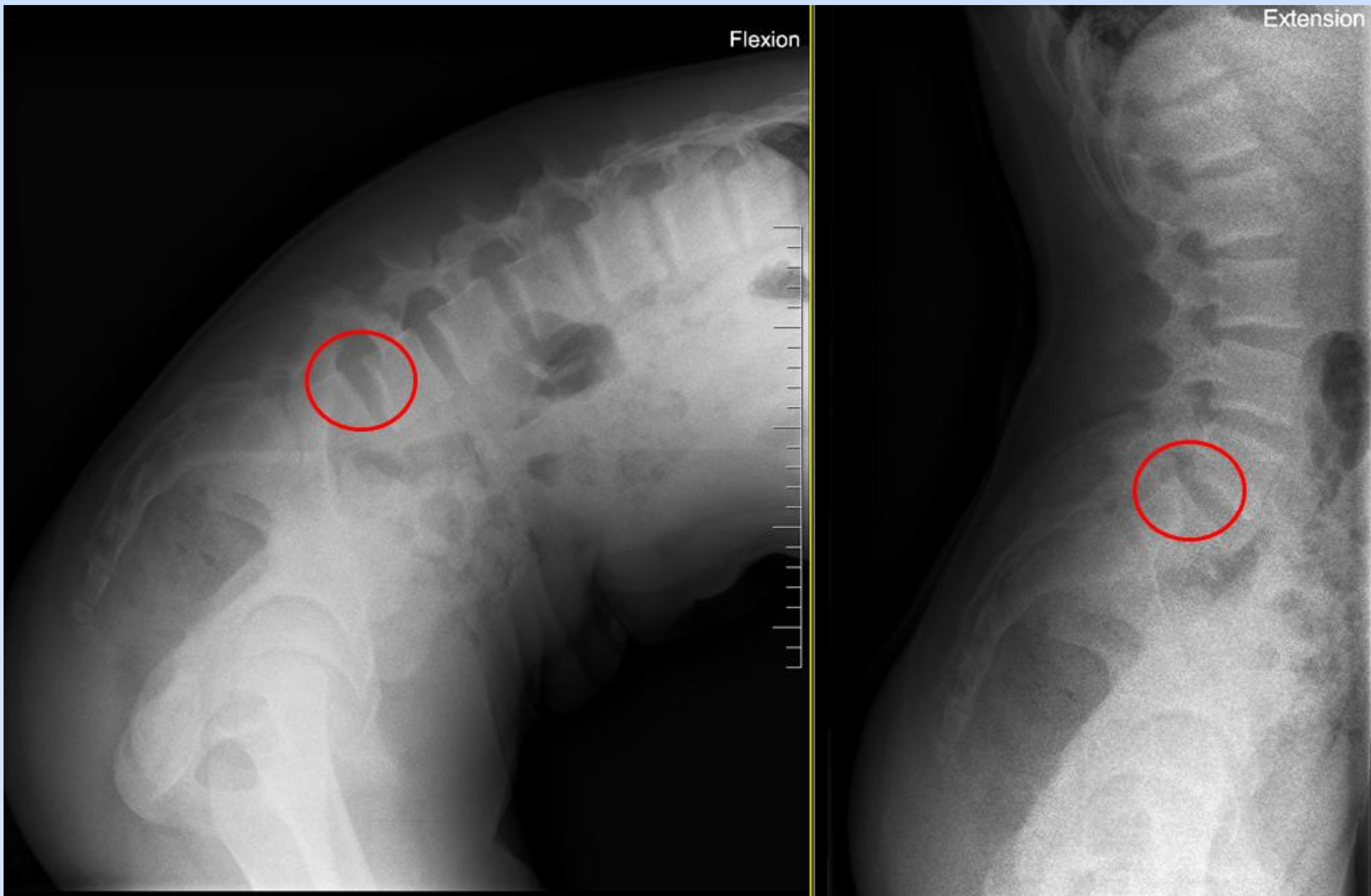
CIRURGIA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL DOCTOR JOSEP TRUETA DE GIRONA

INTRODUCCIÓN

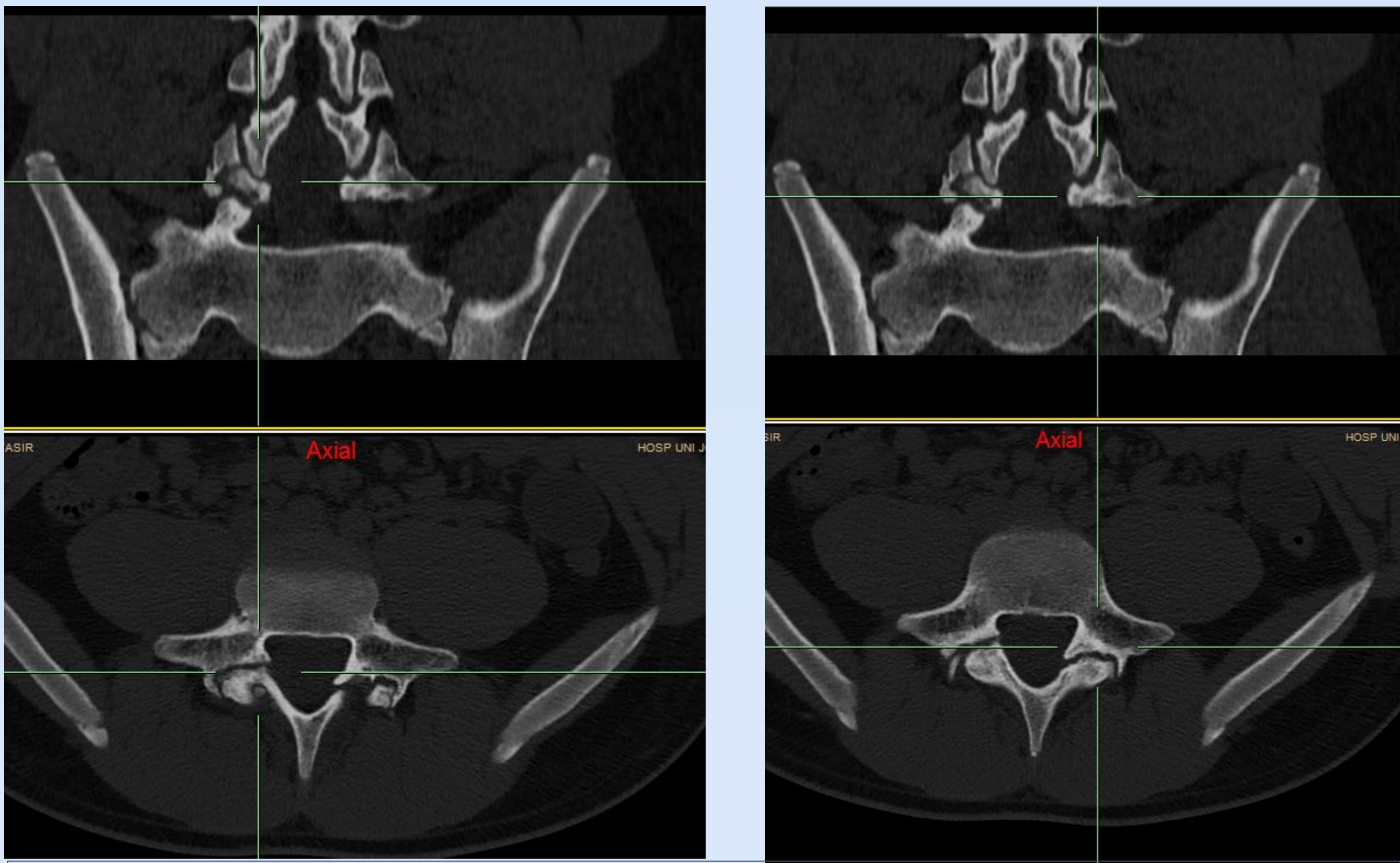
La espondilólisis lumbar es una causa frecuente de dolor lumbar bajo en pacientes adolescentes. El tratamiento quirúrgico está indicado en los casos que persiste la sintomatología tras el tratamiento conservador.

CASO CLÍNICO

- Paciente varón de 15 años que presenta dolor lumbar bajo diario de 1 año de evolución, sin irradiación a EEII. Por este motivo dejó el deporte.
- A la EF destacaba un dolor bilateral paralumbar bajo que aumentaba con la hiperextensión.
- Se le realizan pruebas de imagen: radiografías, TAC i SPECT-TAC, diagnosticándose como una espondilólisis de la pars interarticularis L5 bilateral (no activa).



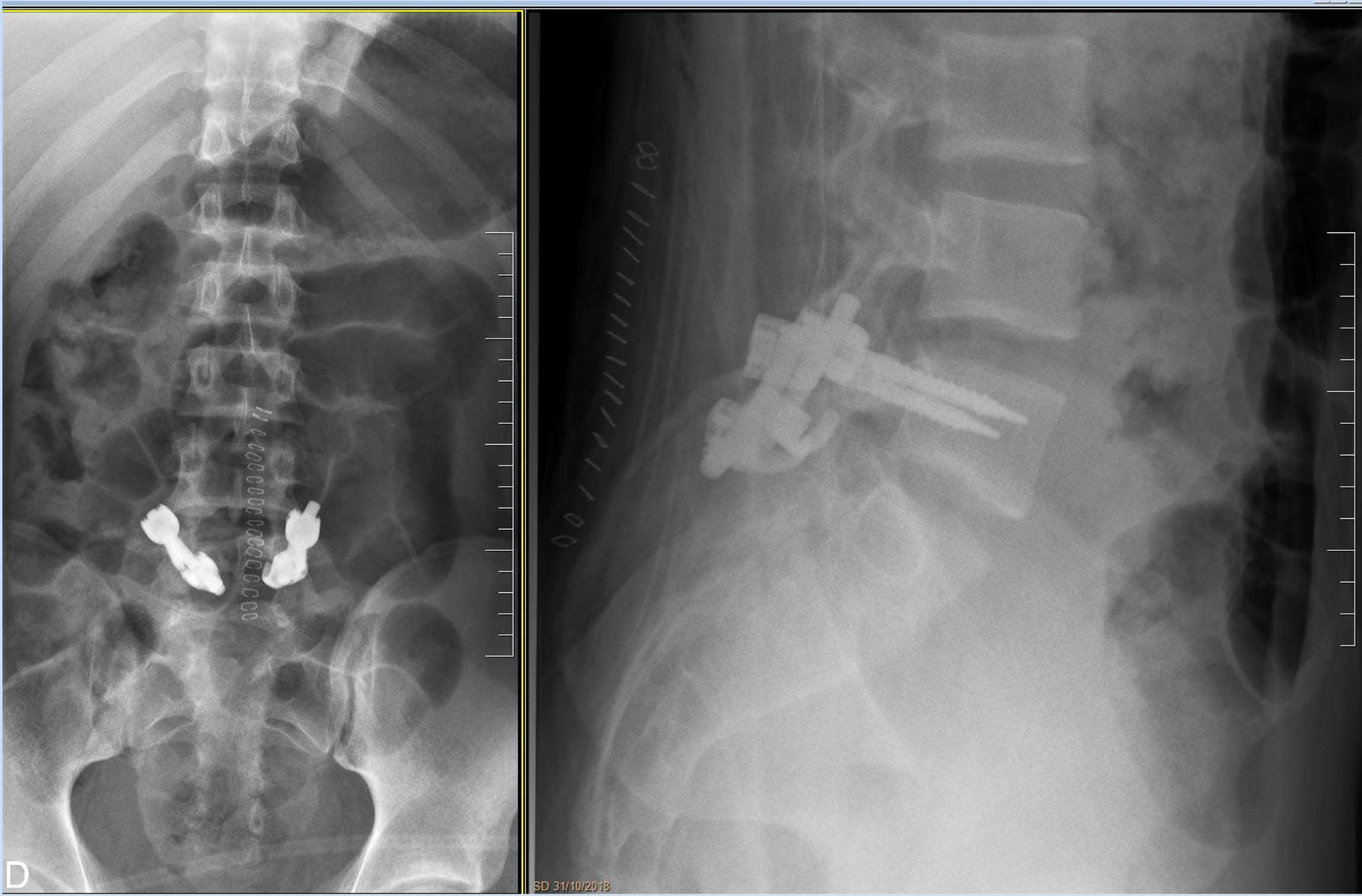
Radiografías lumbosacras funcionales (flexión + extensión):
inestabilidad con obertura en el espacio L5-S1



TAC lumbosacro: Espondilosis de la pars interarticularis L5 derecha (imagen de la izquierda) y L5 izquierda (imagen derecha)

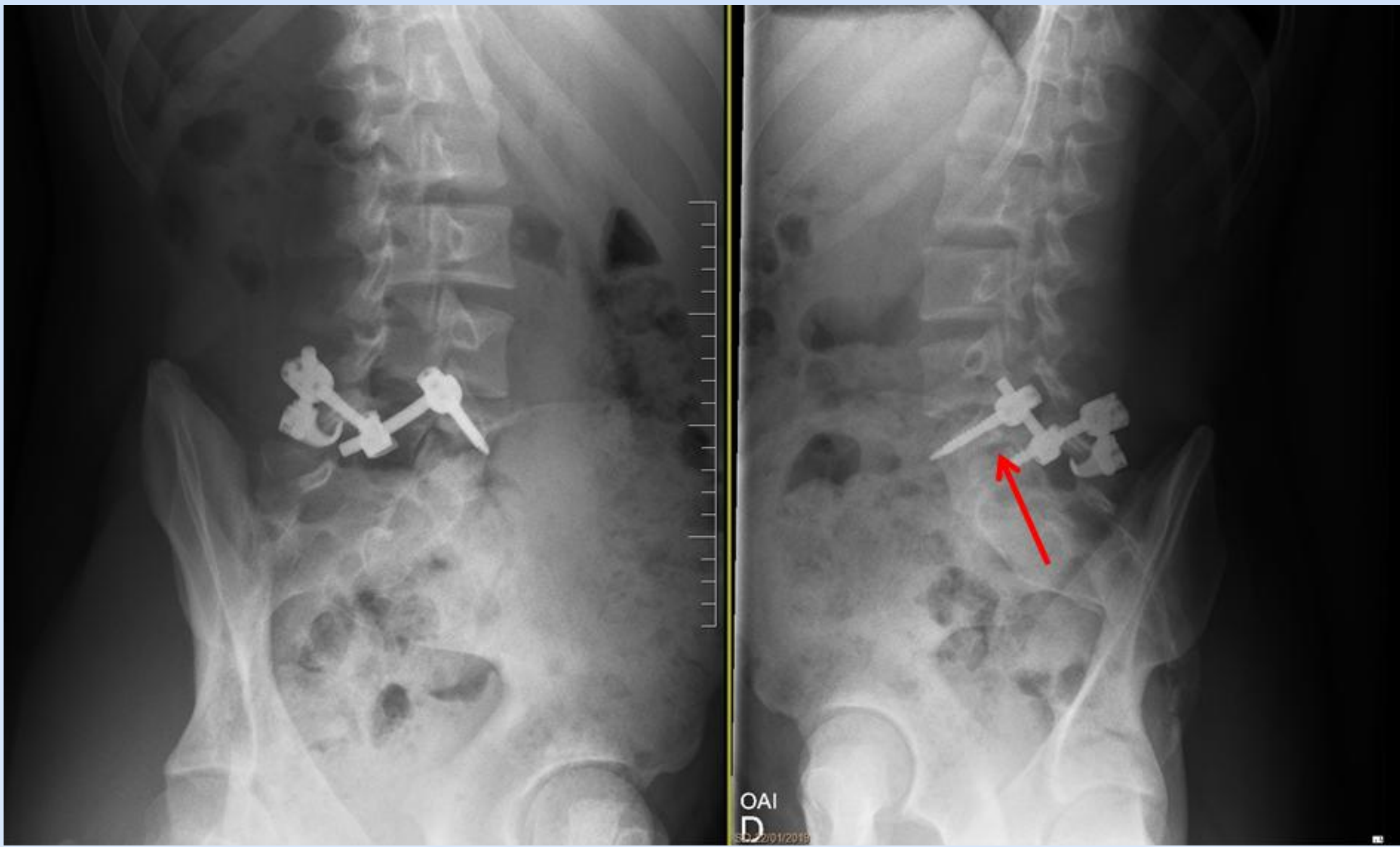
- Inicialmente se le planteó tratamiento conservador con reposo, fisioterapia y analgésicos a demanda, siendo no efectivo.
- Es por este motivo que se decide intervenir quirúrgicamente.

- Se realizó la técnica de Morscher que consiste en la reparación de la pars interarticularis mediante: cruentación del foco, fijación con tornillos pediculares, ganchos sublaminares y barras (montaje a compresión). En este caso, se le añadió injerto autólogo.



RX lumbosacras postquirúrgica: tornillos pediculares + ganchos sublaminares + barras.

- El control radiográfico postquirúrgico es satisfactorio. El postoperatorio cursa sin incidencias.
- A los 3 meses, en las radiografías se observa consolidación de la espondilólisis de la pars interarticularis de L5 Izquierda. En la derecha, aun se puede observar la lisis (en fase de consolidación), como se ve en la Rx de debajo a la derecha.



- El paciente refiere que ha mejorado respecto antes de la intervención, pero aun mantiene molestias en la parte derecha. No precisa analgesia.
- Al 4º mes ya se le permitió realizar natación.

CONCLUSIONES

- El tratamiento inicial de la espondilólisis es conservador.
- El tratamiento quirúrgico está indicado si no hay signos de consolidación y persiste la sintomatología invalidante.
- Se observan resultados excelentes si hay una curación ósea del defecto.
- En nuestro caso, el paciente finalmente fue intervenido y actualmente cursa prácticamente asintomático, con una reincorporación gradual al deporte.