

VERTEBROPLASTIA

Autores:

Dr. Oreste Mauri Pérez.

.Grupo de Cirugía Espinal del Servicio de Ortopedia.

Introducción.

Es un hecho que las fracturas vertebrales de causa osteoporótica o por metástasis inducen a una progresiva cifosis dorsal, que provocan intenso dolor, pueden incrementar la mortalidad de 23 % a 35 %, disminuyen la capacidad vital respiratoria en 9 % por cada vértebra dorsal fracturada, aceleran la sensación de plenitud postprandial, e incrementan el grado de depresión.

La vertebroplastia es un tratamiento no quirúrgico, mínimamente invasivo, guiado por imágenes, que se hace para fortalecer una vértebra fracturada que ha sido debilitada por osteoporosis o, con menos frecuencia, por cáncer o traumatismos. En Cuba se introduce esta técnica en el año 2000, por parte del Prof. Raúl Candebat Candebat, Prof. Roger Figueredo y Prof. Héctor Echevarría en el CIMEQ, en nuestro servicio se aplica desde el 2008, y de forma continuada desde el año 2011 por un grupo de especialistas entrenados en el proceder.

Estudios diagnósticos dispensables.

Imaginología

- Rx de columna AP y lateral, TC, RMN.

Indicaciones de la vertebroplastia

- Colapso vertebral osteoporótico.
- Tumores vertebrales malignos.
- Hemangiomas.
- Las fracturas vertebrales (colapso vertebral traumático) en ocasiones.

Criterios de inclusión o selección de los pacientes.

- Dolor de espalda localizado e incapacitante.
- Luego de tratamiento conservador por tres meses.
- Patrón de fracturas vertebrales.
- Estudios complementarios actualizados.
- Realización del proceder entre 3 y 12 meses después del diagnóstico.
- Deficiente control del dolor con tratamiento médico.
- Contraindicación para el tratamiento antiálgico, por intolerancia o por complicaciones secundarias.
- Cuando sea especialmente desaconsejable mantener la inmovilización.

Criterios de exclusión.

- Ausencia de dolor significativo.
- Control de los síntomas con tratamiento conservador.
- Dolor no localizado en el sitio de la fractura.
- Presencia de otras lesiones compresivas nerviosas.

- Destrucción vertebral marcada con ruptura del muro posterior.
- Lesiones crónicas de mucho tiempo.
- Coagulopatías.
- Infecciones activas.

Técnica quirúrgica.

- Paciente en decúbito prono o lateral.
- Sedación y anestésico para adormecer la piel y los músculos cerca de la fractura vertebral, o anestesia general.
- Antibióticos, vía EV, para prevenir la infección.
- A través de una pequeña incisión, y con la ayuda de fluoroscopia, la aguja hueca atraviesa los músculos de la espalda, 1 cm por fuera del pedículo, hasta que la punta queda colocada dentro de la vértebra fracturada.
- Una vez verificada la posición correcta de la aguja, se inyecta el cemento ortopédico, que se seca rápido, en 10 a 20 minutos.

Post operatorio

- Consiste en mantener reposo relativo sin realizar esfuerzos físicos durante un mes, con uso de corsé después de realizado el proceder.

Complicaciones de la vertebroplastia

- Salida del cemento más allá de los límites del cuerpo vertebral al espacio epidural, al foramen neural o al espacio peri vertebral.
- Fístula de LCR.
- Relacionadas con la anestesia.
- Fracturas del segmento adyacentes.
- Embolismo pulmonar por poli metilmetacrilato.

Resultados.

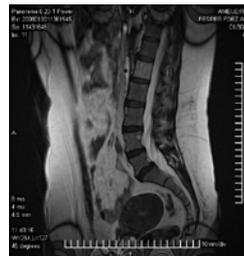
Contamos con experiencia de más de 20 procedimientos realizados y más de un 90% de buenos resultados.



Hemangioma T8 y T10



Vertebroplastia T8 y T10



Hemangioma L1



Vertebroplastia L1