

Crisis clínica en un mariposista afecto de espondilo- listesis

DR RAMON BALIUS-MATAS^{1,2}

DR JORDI ROIG^{1,3}

DR JAUME VILARÓ¹

DR LORENZO ROBRES^{1,3}

¹Clínica Fundació FIATC

²Secretaria General de l'Esport

³Servei de Cirurgia Ortopèdica i
Traumatologia. Hospital
Comarcal de l'Alt Penedès

CORRESPONDENCIA: Secretaria General de
l'Esport. Av Paisos Catalans 12. 08950
Esplugues del Llobregat. Barcelona.

RESUMEN: Se presenta un caso de crisis
clínica secundaria a espondilolistesis L4-L5,
en un nadador de mariposa de 15 años. Se
describe la sintomatología, así como el tra-
tamiento quirúrgico y su resultado.

PALABRAS CLAVE: Crisis clínica. Es-
pondilolistesis.

Deportista de 15 años de edad, practicante de natación en todos sus estilos, en período de tecnificación de la especialidad de mariposa. El 29.06.94 es atendido en urgencias afecto de dolor lumbar bajo, sin irradiaciones, que aumenta con la hiperextensión lumbar y con la práctica deportiva. La radiología demuestra Espondilolistesis displásica L4/L5 de primer grado, asociada a Espondilolisis bilateral de L4 y mínima actitud escoliótica. Igualmente, inestabilidad del segmento afecto y lumbarización de S1 (*fotos 1 y 2a*). Se le pauta reposo y antiinflamatorios orales. La Gammagrafía Ósea Planar (21.07.94) (*foto 3*) no evidencia imágenes activas patológicas en raquis lumbosacro. El SPECT óseo (*foto 4*) tampoco evidencia imágenes de actividad en los elementos posteriores de las vértebras lumbares. La Resonancia Magnética (21.07.94) (*foto 5*) confirma la olistesis y la espondilolisis de L4 y objetiva discreta protusión posterior discal L4-L5 con obliteración de la grasa epidural anterior. El 29.07.94, en una nueva revisión clínica, el paciente refiere la aparición de un importante dolor dorsolumbar, de predominio derecho. La nueva exploración clínica y radiográfica pone de manifies-

to una actitud escoliótica de 19° (*foto 2b*) y un severo espasmo de la musculatura isquiotibial que no existían en anteriores exploraciones. Se le pauta reposo en cama y antiinflamatorios orales. Al no ceder el dolor y mantenerse la actitud escoliótica, el 21.09.94 se procede a la estabilización de la olistesis mediante sistema de diapason.

Acto quirúrgico: Paciente en decúbito prono y posición genupectoral. Abordaje en línea media desde espinoza de L3 hasta el sacro. Flabectomia bilateral L4-L5 y L5-S1. Extirpación completa del arco posterior de L5. En la zona de la *pars* se observa una estenosis del saco dural. Se resecan los nódulos cartilagosos hasta ambos pedículos. Instrumentación mediante sistema de diapason con tornillos y barras. Aporte corticoesponjoso obtenido de cresta ilíaca y colocación en apófisis transversas, de forma bilateral.

Posteriormente, se coloca un corsé de Willians a tiempo total -excepto en horas de dormir- durante tres meses. El 19.10.94, el paciente se encuentra asintomático y prácticamente normoaxado (*foto 2c*). El 15.12.94 se aprecia ya puentes óseos en la zona de artrodesis y se permiten ejercicios natatorios

Foto 1

Visión radiográfica de perfil (29.06.94) donde se observa pequeña inestabilidad segmentaria L4-L5,

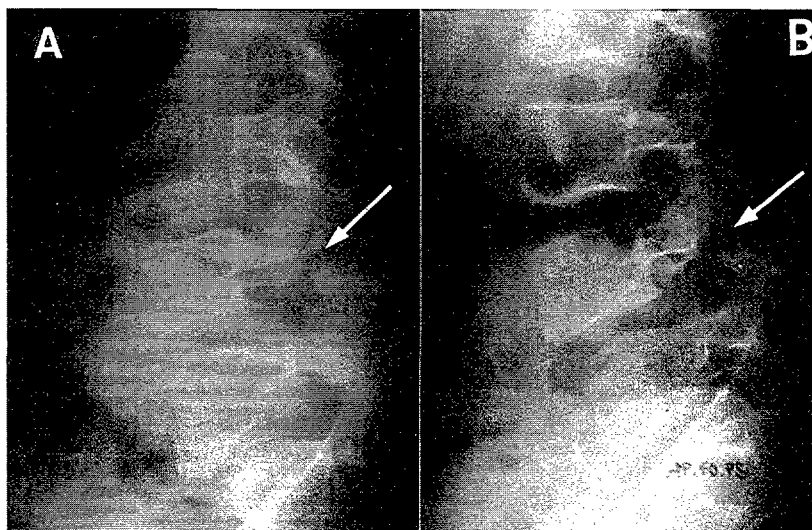
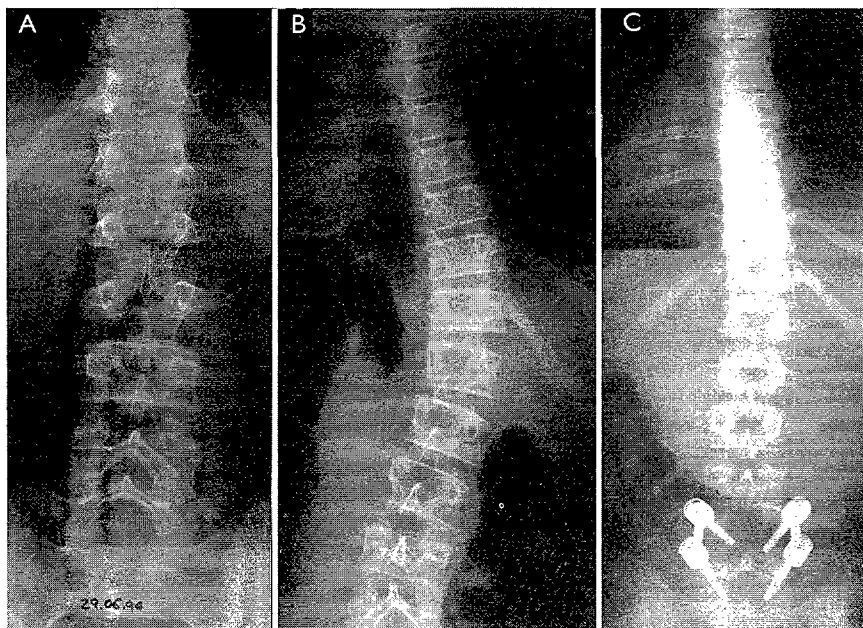


Foto 2

Visión radiográfica frontal (2a: 29.06.94. 2b: 29.07.94. 2C: 19.10.94). Se aprecia claramente la evolución de la actitud escoliótica a lo largo de cuatro meses.



de espalda y cowl. En el último control (17.10.96) el deportista ha vuelto a su nivel competitivo anterior, evitando, no obstante, la práctica de la especialidad de mariposa.

DISCUSIÓN

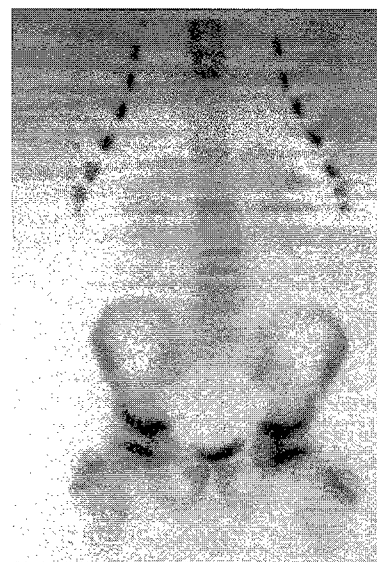
La crisis clínica, también llamada listésica, es un cuadro descrito por Newmann⁵ basado en el dolor, la contractura de la musculatura isquiosural y, a menudo, la escoliosis, que aparece en enfermos afectados de espondilolistesis normalmente displásica. El inicio de la sintomatología suele coincidir con el "growth spurt" —el estirón— del adolescente. En nuestro caso —un joven de 15 años— el cuadro coincidió con un marcado aumento de altura del paciente, creciendo éste unos 12 cm en algo menos de un año.

El dolor lumbar, en esta crisis clínica, es de origen radicular. Descartando los casos de hernia discal asociados a olistesis —1.5% de los casos— la causa

de dolor radicular puede deberse al acodamiento de la raíz sobre el canto prominente de la vértebra retrasada, a la estenosis del forámen debida al nódulo fibrocartilaginosa que se produce en la pars (nódulo de Gill) o bien a la

Foto 3

Gammagrafía Ósea Planar negativa (21.07.94)



estenosis foraminal provocada por una olistesis asimétrica. Durante la intervención se objetivaron unos marcados nódulos de Gill a nivel de la pars que comprometían el saco dural y eran, por tanto, los responsables del dolor radicular. No creemos que en el caso que nos ocupa, el acodamiento de la raíz interviniera en el dolor lumbar, puesto que la olistesis era muy discreta.

Foto 4

SPECT, distintos cortes frontales y sagitales negativos (21.07.94).

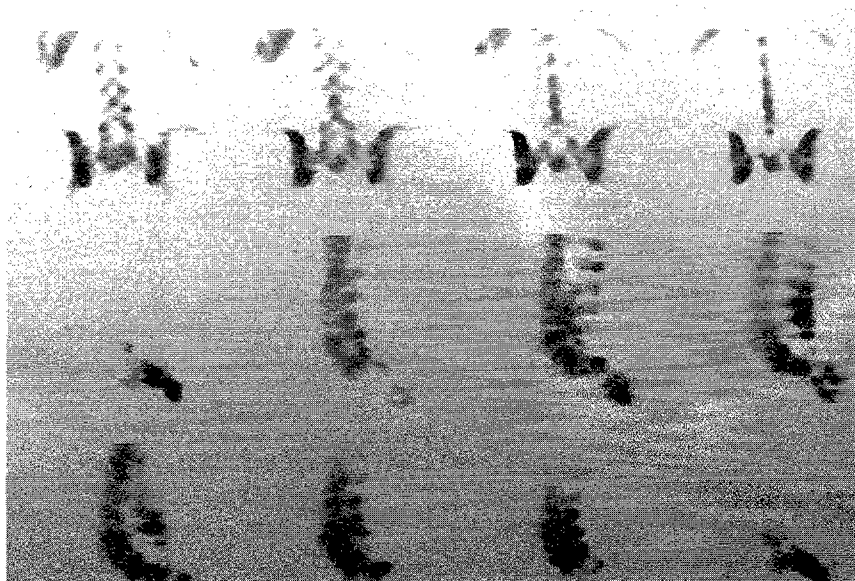


Foto 5

Resonancia Magnética (21.07.94): Olistesis L4-L5 con protusión discal posterior a igual nivel, con obliteración de la grasa epidural.



Igualmente, la lógica protusión discal provocada por la olistesis tampoco era capaz de producir sintomatología.

La contractura de isquiosurales puede observarse hasta en el 80% de los casos sintomáticos y se considera consecuencia de una irritación de la raíz nerviosa, aunque no existan pruebas definitivas que lo avalen.⁶ El mecanismo por el cual se inicia esta contractura se debe probablemente a un intento de control de la inestabilidad de la unión lumbosacra.⁹ En nuestro caso, existía tal inestabilidad lumbar.

Se considera que la prevalencia de escoliosis asociada a espondilolistesis es cuatro veces mayor en población con lesión ístmica que en la población normal.¹¹ Esta actitud nunca superará los 20° y en algunas ocasiones, puede estructurarse.² La escoliosis se asocia más a olistesis que a espondilolistesis. Igualmente, las displásicas desarrollarán mayor escoliosis que las ístmicas, probablemente por la mayor olistesis que este grupo puede desarrollar.

Existen tres patrones básicos de desviación escoliástica en relación a la espondilolistesis. La **idiopática**, sin relación con la lesión ístmica ni la olistesis, y que es torácica o toracolumbar^{4,8} y su tratamiento es independiente al de la lesión ístmica²; la **olistésica** que —excepto para Tojner¹⁰— es muy rara, se produce simultáneamente a la olistesis y es torsional, siendo la vértebra lesionada la de mayor rotación, responde a la rotación excéntrica del cuerpo de una vértebra afecta de lisis bilateral que “arrastra”, traccionándolo, el disco intervertebral superior y éste provoca la curvatura rotacional de toda la columna lumbar.³ Finalmente, está la escoliosis **ciática**. Es el tipo de actitud escoliástica del caso que presentamos. Se trata de una escoliosis leve o moderada, consecuencia de una contractura o un espasmo muscular reflejo.² Según los casos, se puede resolver con una tracción o mediante estabilización quirúrgica. Tal como se procedió en nuestro caso, se aconseja colocar un corsé, sea quirúrgica o no la solución

definitiva al problema.¹ En caso de libre evolución, esta curvatura podrá estructurarse a nivel dorsolumbar. Para Libson,³ el espasmo muscular provocado por la lesión ístmica puede, a través de este mecanismo, ser la responsable de un gran número de desviaciones escoliásticas, en su gran mayoría, de poca entidad.

Bibliografía

1. BARASH H, GALANTE J, LAMBERT C, RAY R. Spondylolisthesis and tight hamstrings. *J Bone Joint Surg* 1970; 52: 1319-1328
2. FISK JR, MOE JH, WINTER RB. Scoliosis, spondylolysis and spondylolisthesis. *Spine* 1978;3:234-245
3. LIBSON E, BLOOM RA, SHAPIRO Y. Scoliosis in young men with spondylolysis or spondylolisthesis. *Spine* 1984; 9: 445-447
4. MCPHEE IB, O'BRIEN JP. Scoliosis in symptomatic spondylolisthesis. *J Bone Joint Surg* 1980;62:155-157
5. NEWMANN PH. The etiology of spondylolisthesis. *J Bone Joint Surg* 1963; 45: 39-59
6. PHALEN GS, DICKSON JA. Spondylolisthesis and thigh hamstrings *J Bone Joint Surg* 1961;43:505-512
7. ROCA J. Espondilolistesis. En: Roca J (Ed). *Tratamiento quirúrgico del dolor lumbar*. Barcelona, Editorial JIMS S.A. 1987:235-267
8. SEITSALO S, OSTERMAN K, POUSSA M. Scoliosis associated with lumbar spondylolisthesis: A clinical survey of 190 young patients. *Spine*;13:899-904
9. SEVASTIKOGLU JA, SPANGFORT E, AARO S. Operative treatment of spondylolisthesis in children and adolescents with thigh hamstrings syndrome. *Clin Orthop Relat R* 1980;147:192-199
10. TOJNER H. Olisthetic scoliosis. *Acta Orthop Scand* 1963;33:291-300
11. WILTSE LL. Etiology of spondylolisthesis. *Clin Orthop Relat R* 1957;10:48-59.