

APUNTS. MEDICINA DE L'ESPORT.
1998; 129: 37-39

Crisi clínica en un papallonista afecte d'espondilo- listesi

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

CORRESPONDÈNCIA:

Secretaria General de l'Esport.

Av Països Catalans 12. 08950

Esplugues del Llobregat. Barcelona.

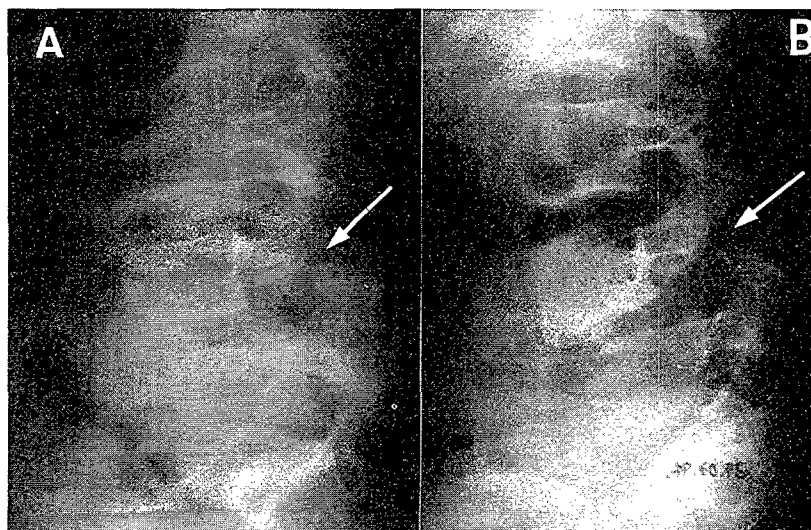
Esportista de 15 anys d'edat, practicant de natació en tots els estils, en període de tecnificació de l'especialitat de papallona. El 29.06.94 és atès a urgències afecte de dolor lumbar baix, sense irradiacions, que augmenta amb la hiperextensió lumbar i amb la pràctica esportiva. La radiologia demostra espondilolistesi displàsica L4/L5 de primer grau, associada a espondilòlisi bilateral d'L4 i mínima actitud escoliòtica. Igualment, inestabilitat del segment afecte i lumbarització d'S1 (foto 1 i 2a). Se li pauta repòs i antiinflamatoris orals. La Gammagrafia Òssia Planar (21.07.94) (foto 3) no evidencia imatges actives patològiques al raquis lumbosacre. L'SPECT ossi (foto 4) tampoc no evidencia imatges d'activitat als elements posteriors de les vèrtebres lumbar. La Resonància Magnètica (21.07.94) (foto 5) confirma l'olistesi i la espondilòlisi d'L4 i objectiva discreta protusió posterior discal L4-L5 amb obliteració del greix epidural anterior. El 29.07.94, en una nova revisió clínica, el pacient refereix l'aparició d'un important dolor dorsolumbar, de predomini dret. La nova exploració clínica i radiogràfica posa de manifest

una actitud escoliòtica de 19° (foto 2b) i un sever espasme de la musculatura isquiotibial que no existien en anteriors exploracions. Se li pauta repòs al llit i antiinflamatoris orals. En no cedir el dolor i mantenir-se l'actitud escoliòtica, el 21.09.94 es procedeix a l'estabilització de l'olistesi mitjançant sistema de diapasó.

Acte quirúrgic: Pacient en decúbit pron i posició genupectoral. Abordatge en línia mitjana des d'espina d'L3 fins al sacre. Flebectomia bilateral L4-L5 i L5-S1. Extirpació completa de l'arc posterior d'L5. A la zona de la pars s'observa una estenosi del sac dural. Es ressequen els nòduls cartilaginosos fins a ambdós pedicles. Instrumentació mitjançant sistema de diapasó amb cargols i barres. Aportació corticoesponjosa obtinguda de cresta ilíaca i col·locació en apòfisis transverses, de forma bilateral.

Posteriorment, es col·loca una cotilla de Willians a temps total -excepte en hores de dormir- durant tres mesos. El 19.10.94, el pacient es troba asimptomàtic y pràcticament normoaxat (foto 2c). El 15.12.94 s'aprecien ja ponts ossis a la zona d'artròdesi i es permeten

Foto 1 Visió radiogràfica de perfil (29.06.94) on s'observa una petita inestabilitat segmentària L4-L5.



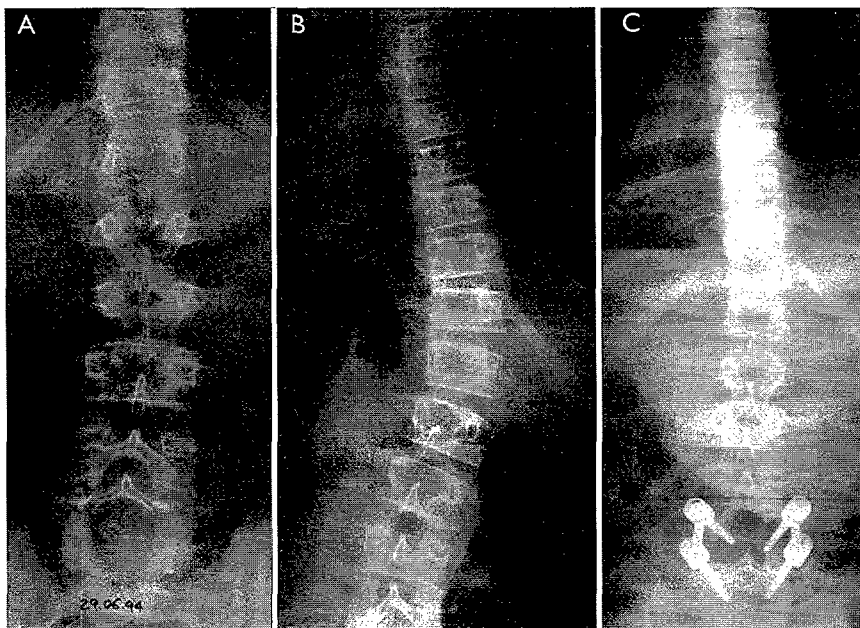
RESUM: Es presenta un cas de crisi clínica secundària a espondilolistesi L4-L5, en un nedador de papallona de 15 anys. Es descriu la simptomatologia, així com el tractament quirúrgic i el seu resultat.

PARAULES CLAU:

Crisi clínica. Espondilolistesi.

Foto 2

Visió radiogràfica frontal (2a: 29.06.94. 2b: 29.07.94. 2c: 19.10.94). S'aprecia clarament l'evolució de la actitud escoliòtica al llarg de quatre mesos.



exercicis natatoris d'espatlla i cowl. En l'últim control (17.10.96) l'esportista ha tornat al seu nivell competitiu anterior, evitant, no obstant això, la pràctica de l'especialitat de papallona.

DISCUSSIÓ

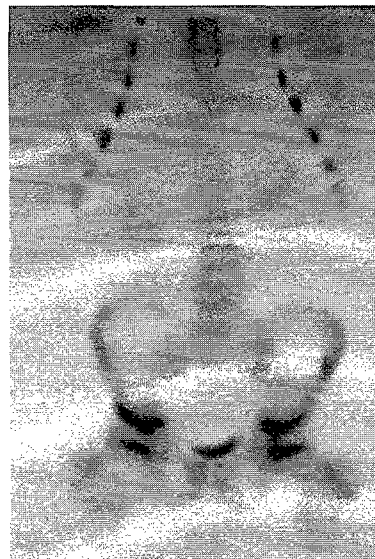
La crisi clínica, també anomenada listèsica, és un quadre descrit per Newman² basat en el dolor, la contractura de la musculatura isquiosural i, sovint l'escoliosi, que apareix en malalts afectes d'espondilolistesi habitualment displàsica. L'inici de la simptomatologia sol coincidir amb el "growth spurt" –l'estirada– de l'adolescent. En el nostre cas –un jove de 15 anys– el quadre va coincidir amb un marcat augment d'altura del pacient, que va créixer uns 12 cm en poc menys d'un any.

El dolor lumbar, en aquesta crisi clínica, és d'origen radicular. Descartant els casos d'hèrnia discal associats a olistesi –1,5% dels casos– la causa de dolor radicular pot ser deguda al recol-

zament de l'arrel sobre la vora prominent de la vèrtebra retardada, a l'estenosi del foramen deguda al nòdul fibrocartilaginós que es produeix a la pars (nòdul de Gill) o bé a l'estenosi foraminaal provocada per una olistesi

Foto 3

Gammagrafia Òssia Planar negativa (21.07.94)



asimètrica. Durant la intervenció es van objectivar uns marcats nòduls de Gill a nivell de la pars que comprometen el sac dural i eren, per tant, els responsables del dolor radicular. No creiem que, en el cas que ens ocupa, el recolzament de l'arrel intervingués en el dolor lumbar, ja que l'olístesi era molt discreta. Igualment, la lògica pro-

Foto 4

SPECT, diversos talls frontals i sagitals negatius (21.07.94).



Foto 5

Resonància Magnètica (21.07.94): Olistesi L4-L5 amb protusió discal posterior a igual nivell, amb obliteració del greix epidural.



tusió discal provocada per l'olistesi tampoc era capaç de produir simptomatologia.

La contractura d'isquiosurals pot observar-se fins al 80% dels casos simptomàtics i es considera conseqüència d'una irritació de l'arrel nerviosa, encara que no hi hagi proves definitives que ho avalin.⁶ El mecanisme pel qual s'inicia aquesta contractura és degut probablement a un intent de control de la inestabilitat de la unió lumbosacra.⁹ En el nostre cas, existia aquesta inestabilitat lumbar.

Es considera que la prevalença d'escoliosi associada a espondilolistesi és quatre vegades més gran en la població amb lesió ístmica que en la població normal.¹¹ Aquesta actitud mai no superarà els 20° i, en algunes ocasions, pot estructurar-se.² L'escoliosi s'associa més a olistesi que a espondilòlisi. Igualment, les displàsiques desenvoluparan una escoliosi més gran que les ístmiques, probablement per l'olistesi més gran que aquest grup pot desenvolupar.

Existeixen tres patrons bàsics de desviació escoliòtica en relació a l'espondilolistesi. La **idiopàtica**, sense relació amb la lesió ístmica ni l'olistesi, i que és toràctica o toracolumbar^{4,8} i el seu tractament és independent del de la lesió ístmica²; l'**olistèsica** que —excepte per Tojner¹⁰— és molt rara, es produeix simultàniament a l'olistesi i és torsional, sent la vèrtebra lesionada la de més rotació. Respon a la rotació excèntrica del cos d'una vèrtebra afecta de lisi bilateral que "arrossega", traccionant-lo, el disc intervertebral superior i aquest provoca la curvatura rotacional de tota la columna lumbar.³ Finalment, hi ha l'escoliosi **ciàtica**. És el tipus d'actitud escoliòtica del cas que presentem. Es tracta d'una escoliosi lleu o moderada, conseqüència d'una contractura o un espasme muscular reflex.² Segons els casos, es pot resoldre amb una tracció o mitjançant estabilització quirúrgica. Tal com es va procedir en el nostre cas, s'aconsella col·locar una cotilla, ja sigui quirúrgica o no

la solució definitiva al problema.¹ En cas de lliure evolució, aquesta curvatura podrà estructurar-se a nivell dorso-lumbar. Per Libson,³ l'espasme muscular provocat per la lesió ístmica pot, a través d'aquest mecanisme, ser la responsable d'un gran nombre de desviacions escoliòtiques, majoritàriament de poca entitat.

Bibliografia

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