

Artrodese intersomática da coluna lombar por via posterior

Carlos Eduardo Oliveira¹, Marcelo Martins de Souza², Jefferson A. Galves³

RESUMO

Os autores descrevem a técnica de artrodese intersomática da coluna lombar através da abordagem posterior, e advertindo sobre suas complicações e vantagens.

Descritores: Fraturas de fêmur / Cirurgia

SUMMARY

The authors describe the technique of interbody fusion at the lumbar spine by posterior approach. They advise about complications and advantages of this technique.

Key Words: Spine, Fusion, Interbody, Posterior approach

INTRODUÇÃO

A idéia de realizar a artrodese da coluna vertebral na região anterior dos corpos vertebrais sempre pareceu mais favorável do ponto de vista biomecâ-

ARTRODESE INTERSOMÁTICA

nico com o intuito de obter maior estabilidade. Entretanto, para o cirurgião, a maioria dos procedimentos no segmento lombar faz-se por abordagem posterior, o que obriga um outro acesso para a obtenção uma fusão intersomática.

Em 1953, Cloward⁽¹⁾ descreveu as vantagens de se obter a fusão entre os corpos vertebrais lombares pela abordagem posterior. A vantagem desta técnica é poder associar a artrodeose posterior a anterior e os procedimentos de descompressão com uma única incisão. Após 1997 com os trabalhos de Ray⁽²⁾ e seus cilindros de fusão, esta pratica de se associar a artrodeose entre os corpos vertebrais por via posterior se tornou mais difundida.

INDICAÇÕES DA TÉCNICA

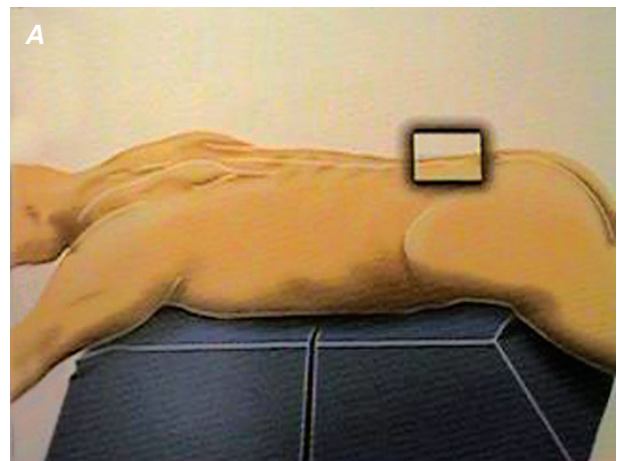
Atualmente, dispomos de várias formas de se obter uma fusão intersomática através de enxerto ósseo diretamente colocado, ou com cilindros de fusão descritos inicialmente por Bagby⁽³⁾ em 1995. No Serviço de Cirurgia da Coluna do HSPE preconizamos o uso de artrodeose dos corpos vertebrais lombares por via posterior em casos de recidiva de hérnia discais, mas há outras indicações como no tratamento de espondilolisteses, tratamento de doença discogênica lombar sintomática.

RESUMO DAS INDICAÇÕES

- 1- Recidiva de hérnias discais
- 2- Doença discogênica degenerativa sintomática
- 3- Espondilolisteses graus I e II

TÉCNICA CIRÚRGICA

A boa realização do procedimento começa com o posicionamento do paciente. A incisão pela linha média é clássica e a dissecação pode envolver os processos transversos na eventual necessidade de artrodeose intertransvesa.



Figuras 1 (A e B). Mostram o posicionamento do paciente com discreta retificação da lordose lombar e abdômen livre sempre que possível.

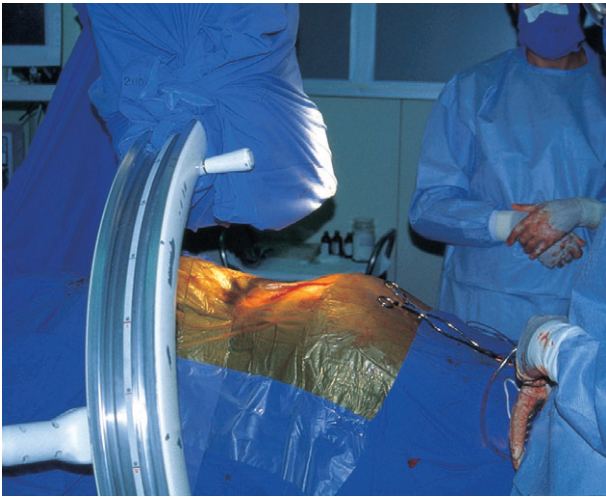
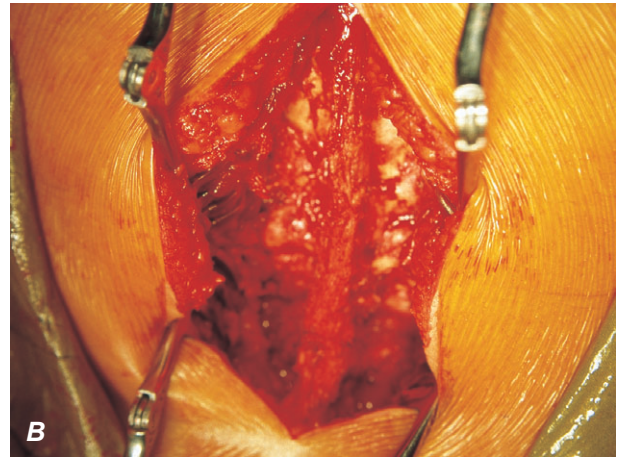
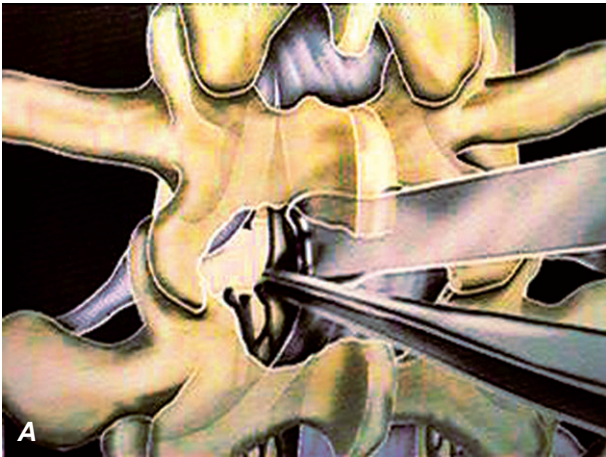


Figura 2. Mostra o uso da radioscopia contínua.



Figuras 3 (A e B). A dissecção dos processos espinhosos pela linha média.

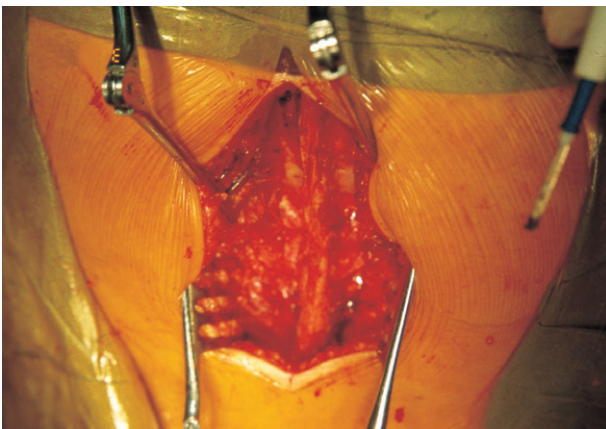


Figura 4. Exposição dos processos transversos.

Paciente posicionado em decúbito ventral com discreta retificação da lordose lombar e abdômen livre (figuras 1 - A e B).

Identificação do nível a ser abordado através de radioscopia (figura 02).

Incisão na linha média sob os processos espinhosos (figuras 3 - A e B).

Dissecção muscular expondo as laminas, processos articulares e processos transversos (figura 4).

A abordagem clássica faz-se através de laminectomia ampla descrita por Cloward⁽¹⁾. Temos realizado um acesso transarticular, ou seja transforaminal como o descrito por Zhao⁽⁴⁾ 2000. Com

isso trabalhamos na porção mais lateral possível das estruturas nervosas sem risco de lesá-las. A maioria dos nossos casos são pacientes com discectomia prévia e esta abordagem parece menos danosa as estruturas intactas, sendo mais segura do ponto de vista neurológico.

As estruturas neurológicas devem ser afastadas medialmente e o espaço discal exposto (figura 5).

Deve-se efetuar uma rigorosa hemostasia com bisturi bipolar para evitar sangramento dos vasos sob o anulo fibroso, antes de incisá-lo.

A incisão do ânulo fibroso deve inicialmente ser realizada com bisturi frio e em seguida reco-

ARTRODESE INTERSOMÁTICA

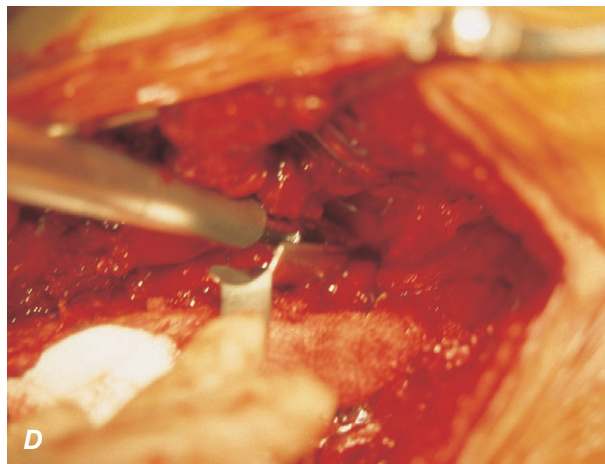
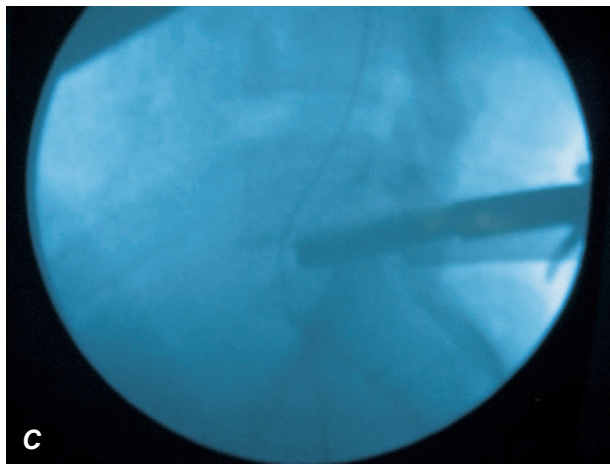
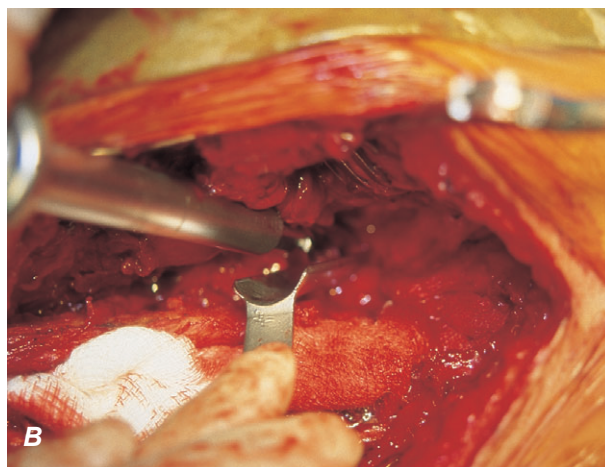
menda-se o uso de pinça Lovel para remover o núcleo pulposos.

Em seguida o espaço discal deverá ser fresado para remoção da placa terminal afim de se criar uma área cruenta, para se otimizar a artrodeze (figuras 6 - A, B, C e D).

O uso de cilindros de fixação é opcional o importante é impactar o mais anteriormente possível o enxerto e colocar um plug posterior tricortical, ou córtico-esponjoso (figuras 7 e 8).



Figura 5. Exposição do saco dural no desenho e ao lado uma demonstração intra operatória.



Figuras 6 (A, B, C e D). A pós a remoção do disco faz-se a fresagem do espaço discal e se acompanha com a radioscopia e ao lado uma imagem intraoperatória.

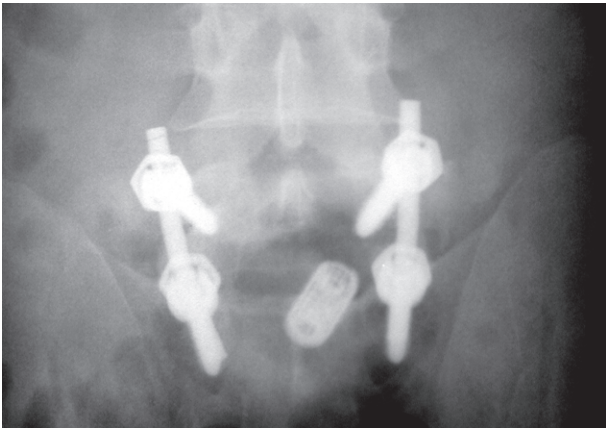


Figura 7. Resultado de uma artrodese usando cage e fixação pedicular.

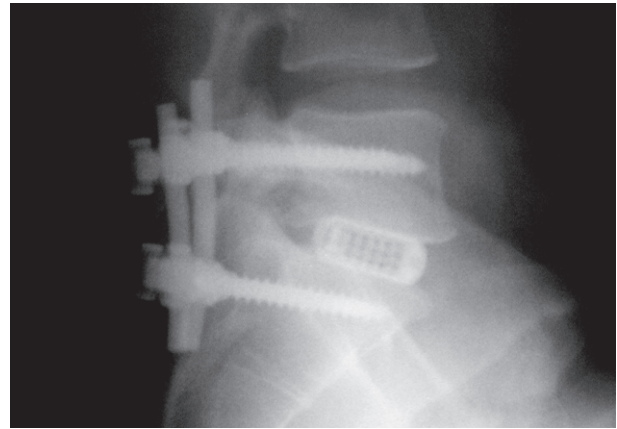


Figura 8. Mostra outro vista da artrodese com cage.

RECOMENDAÇÕES

Usar sempre que possível enxerto autólogo de crista iliaca.

Manter as estruturas neurais afastadas e seguras durante o procedimento de fresagem do espaço discal.

O emprego de espaçadores para aumentar o espaço discal é recomendado, mas também pode-se empregar parafusos pediculares para este fim.

O enxerto ou os cilindros empregados devem ficar de 2 a 3 mm da borda posterior do corpo vertebral.

Quanto mais lateral for a abertura do forame através da artrectomia melhor será a proteção e segurança das raízes nervosas.

Recomendo algum tipo de fixação complementar como parafusos transpediculares para evitar a migração dos cilindros ou enxerto isolado.

A colocação de cilindros pode ser em dois pontos, ou a 45 graus.

COMPLICAÇÕES

Lesão das raízes nervosas.

Fistula liquórica.

Migração do enxerto ou cilindros com compressão radicular.

Anteriorização dos cilindros e alterações de estruturas vasculares adjacentes.

A literatura mostra que a morbidade desta técnica varia de 5 a 50% dos casos (Zhao⁽⁴⁾ et. al. 2000), a incidência de complicações é menor nos casos,

onde se associa algum tipo de fixação posterior, como parafusos transpediculares e a artrodeose intertransversa. A complicação mais persistente é a radiculite que pode ocorrer tardiamente, até 2 anos após cirurgia, ou de forma precoce, e cujo tratamento é difícil. A literatura cita em torno de 5 a 12% (Ray⁽²⁾ 1997) . Por isso que sugerimos a abordagem proposta por Zhao⁽⁴⁾ e a constante preocupação com o afastamento das estruturas neurais.

REFERÊNCIAS

1. Cloward, R.B. Treatment of Ruted intervertebraldiscs by vertebral body fusion: indications, operative technique and after care. J. Neurosurgery 1953; 10:154-8.
2. Ray, C.D. Theatered Titanium Cages For Lumbar Interbody Fusions. Spine 1997; 22:667-80.
3. Bagby ,R. Interbody Fusion Using a Cylindrical Cage. Spine 1995; 14:145-50.
4. Zhao, J., Hai, Y., Ordway, M.S. : Posterior Lumbar Interbody Fusion Using Posterolateral Placement of a Single Cylindrical Theatered Cage. Spine 2000; 25:425-30.

ENVIE SEU ARTIGO PARA A REVISTA TÉCNICAS EM ORTOPEDIA

Os documentos deverão ser enviados pelo correio, ao endereço:
Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE - IAMSPE
Rua Borges Lagoa, 1755 - 1º andar - sala 180
CEP 04039-004 - Vila Clementino
São Paulo - Brasil
Fone/Fax (11) 5573-3087