

# TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA CIFOSIS DE SCHEUERMANN Y LA IMPORTANCIA DE LA PLANIFICACIÓN PREOPERATORIA.

Autores: López Albaladejo A (1) (\*), Sánchez Carrasco MA (1) (\*\*), Murcia Gómez M (1) (\*), Ñiguez Sevilla B (1) (\*\*), Ibáñez Martínez L (1) (\*\*), Sáez Soto M (2) (\*\*).

(1) Complejo Hospitalario Universitario Santa María del Rosell/Santa Lucía de Cartagena.

(2) Hospital Universitario del Vinalopó. Elche.

\* Residente Cirugía Ortopédica y Traumatología.

\*\*Facultativo especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología.



## INTRODUCCIÓN

En el tratamiento de la enfermedad de Scheuermann es imprescindible llevar a cabo el análisis de la deformidad cifótica y la restauración o el mantenimiento del equilibrio sagital. Indicaremos cirugía en los siguientes supuestos: cuando la deformidad cifótica es superior a unos determinados grados (los autores hablan de 75°) o hay dolor, además de cuando las opciones conservadoras del tratamiento ya no son suficientes. Una correcta planificación preparatoria es fundamental para evitar cirugías fallidas.



Imagen 1

## OBJETIVOS

Presentar los resultados del tratamiento quirúrgico en un paciente con cifosis de Scheuermann, tras una cirugía previa que no obtuvo resultados satisfactorios.

## MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 21 años obeso con cifosis de Scheuermann, intervenido hace ocho años, en el que se realizó instrumentación + fusión toracolumbar. A los dos meses del postoperatorio presentó aflojamiento y rotura del material.

Actualmente presenta clínica de lumbalgia progresiva de larga evolución que no responde a tratamiento farmacológico ni rehabilitador. Sin clínica neurológica. Radiológicamente presenta cifosis toracolumbar rígida con buen equilibrio sagital y frontal (T1-T12:+93°;T11-L2:+69°;T12-S1:-72°). En la nueva intervención se recambiaron tornillos aflojados (T8-T11,L1-L2) y se realizaron tres osteotomías de Smith-Petersen (T8-T9;T9-T10;L1-L2) y una desustracción pedicular (T12) con la finalidad de corregir la deformidad.

## RESULTADOS

Los resultados clínicos y radiológicos evaluados a los 6 y 12 meses fueron satisfactorios. Se obtuvo una adecuada corrección de la deformidad (T1-T12:+63°;T11-L2:+29°;T8-L1:+48°;T12-S1:-47°).

## CONCLUSIONES

Una correcta planificación preparatoria es fundamental para evitar cirugías fallidas. En curvas con un grado de deformidad severo y gran rigidez, la instrumentación posterior asociada a una liberación anterior demuestra evidencia de unos mejores resultados respecto a la fusión posterior aislada.

