

# Paraparesia en Espondilolistesis displásica

Autores: *M. Tena Roig, J.M. Molina Márquez, J. Nogales López, A. Abreu Seoane, P. Beristain de la Rica, J. Capdevila Baulenas*  
Unidad de Raquis - Hospital de Tortosa Virgen de la Cinta, Tarragona

## Introducción:

La **espondilolistesis displásica** es un subtipo poco frecuente de listesis con alto riesgo de progresión, causado habitualmente por una displasia congénita de la faceta superior de S1 y elongación de la pars interarticularis. Sus manifestaciones clínicas varían desde la lumbalgia mecánica hasta la afectación neurológica grave.

## Objetivo:

La descripción de un caso clínico de espondilolistesis displásica en un paciente con escoliosis con la finalidad de destacar el alto riesgo de progresión y la posibilidad de debut con afectación neurológica grave.

## Material y métodos:

Se trata de una paciente mujer de 25 años obesa con dismetría de 2 centímetros de miembros inferiores desde la infancia y portadora de un alza, con historia de lumbalgia mecánica. El estudio radiológico inicial muestra una espondilolistesis L5-S1 grado I no filiada y una escoliosis toracolumbar de convexidad derecha compensatoria a la dismetría. Se opta por tratamiento conservador y retirada de alza por parte del paciente, con mejoría clínica y pérdida de seguimiento.

Siete años después, es valorada por radiculalgia L5-S1 derecha, sin déficits sensitivomotores y con claudicación de la marcha a los 50 metros. A la exploración destaca arreflexia S1 bilateral. El estudio radiológico muestra signos vertebrales displásicos y una evolución listésica a grado III. Se propone liberación de canal y estabilización quirúrgica pero la paciente rechaza por deseo genésico.

Un año más tarde la paciente reconsulta tras el embarazo con marcha en steppage bilateral por déficit motor 1/5 de L5 de 4 meses de evolución.

Se decide realizar una liberación de canal lumbar y radicular con artrodesis instrumentada posterior transdiscal L4-S1 (técnica Abdu).

## Resultados:

Después del plan terapéutico establecido se consigue mejoría del dolor y déficit motor (4/5), así como de la curva escoliótica.

## Conclusión:

Es importante no subestimar el alto riesgo de evolución de las espondilolistesis displásicas y valorar el **embarazo** y la **obesidad** como factores potenciales de **progresión**.

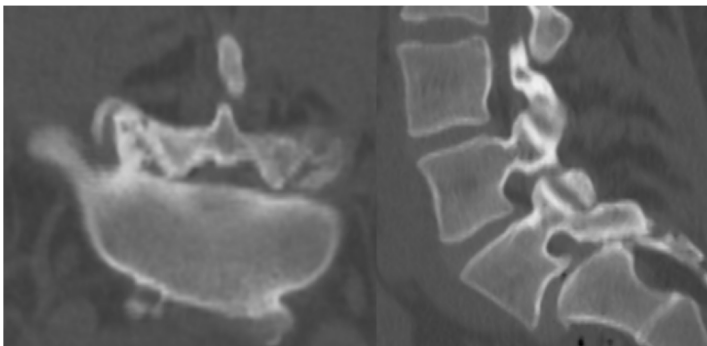


Fig. 1: Signos displásicos observados en Tomografía Computarizada: L5 trapezoidal (Índice Lumbar 0.6), S1 en cúpula (19%), Elongación de pars interarticularis.



Fig. 2: Progresión del grado de espondilolistesis en 7 años: Grado I → III

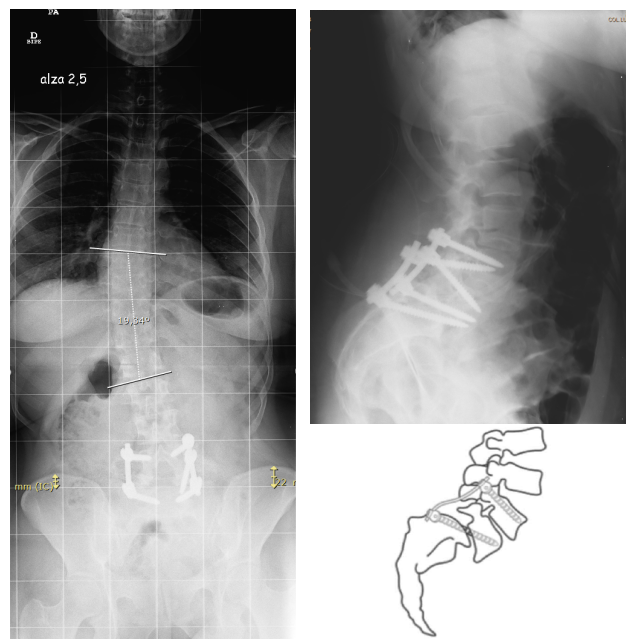


Fig. 3,4 y 5: Radiografías de control postquirúrgicas: Escoliograma (mejoría ángulo Cobb de 32° preoperatorio a 19° postoperatorio). Radiografía lumbosacra lateral, con artrodesis instrumentada posterior transdiscal L4-S1 (técnica Abdu).

## Referencias

1. Rothman-Simeone. The Spine. Spondylolysis and Spondylolisthesis. 2011
2. Abdu et al. Pedicular transvertebral screw fixation of the lumbosacral spine in spondylolisthesis. A new technique for stabilization. Spine (Phila Pa 1976). 1994; 19(6) 710-5
3. Sanderson et al. The influence of pregnancy on the development of degenerative spondylolisthesis.

