

# ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE INSTRUMENTADA CON LA TÉCNICA DE TSIRIKOS TRAS LA PÉRDIDA DE POTENCIALES INTRAOPERATORIOS



Alfonso Bravo C, Fuentes Caparrós S, Gavilán Martínez I, Marín Luján MA, Rodríguez de Tembleque Aguilar F, Jiménez Alcaide D.  
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.  
Contacto: carlosal30@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

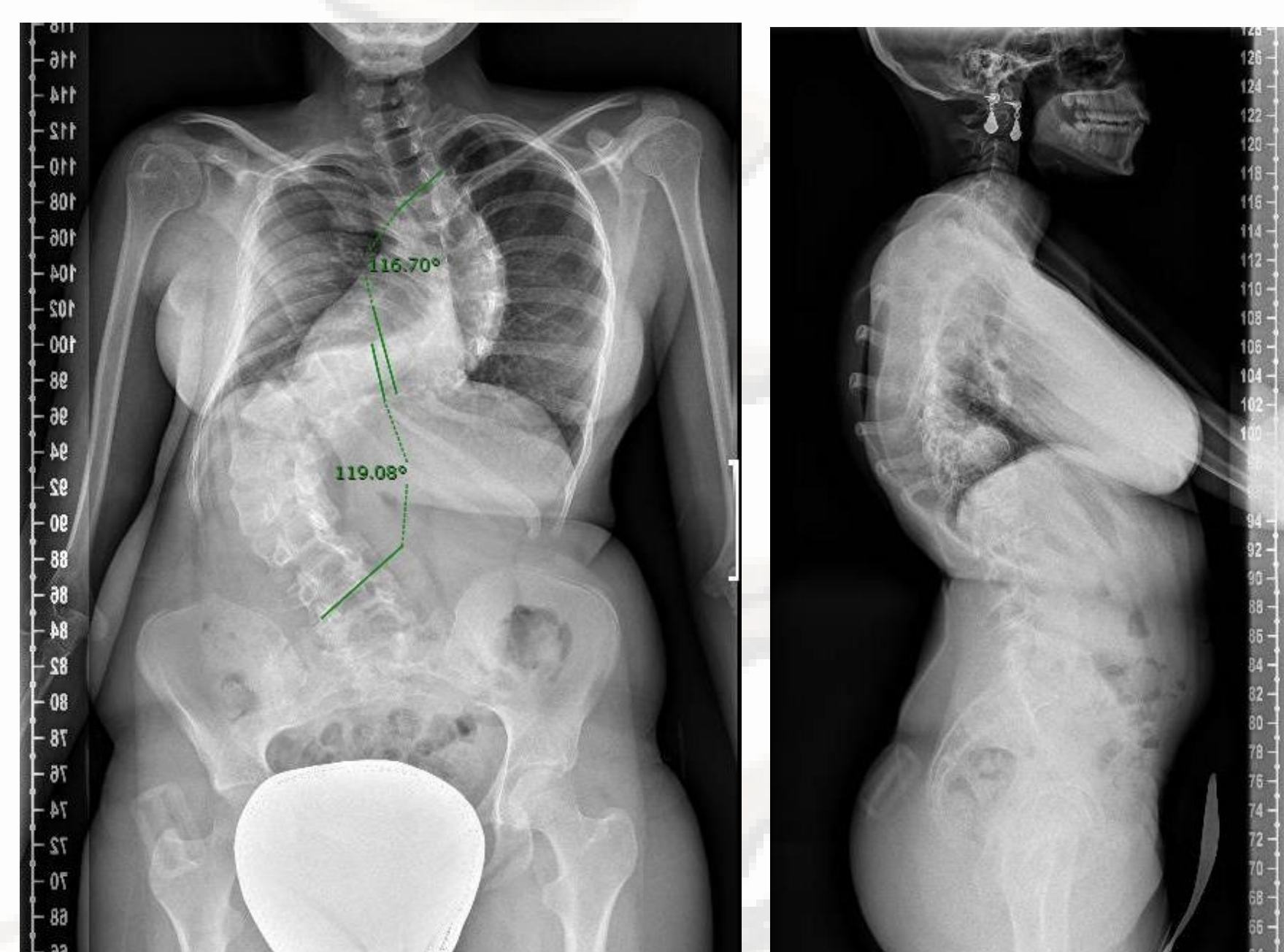
La escoliosis idiopática del adolescente constituye una deformidad tridimensional del raquis provocada por un desplazamiento rotacional y lateral de ciertos segmentos vertebrales acentuada durante los periodos de crecimiento rápido. Generalmente se acepta que las curvas leves o moderadas son relativamente frecuentes mientras que aquellas deformidades severas que requerirán cirugía son raras<sup>1-2</sup>.

## OBJETIVOS

El objetivo de esta comunicación es presentar el caso de una paciente de 20 años que tras una pérdida de potenciales intraoperatorios se decide en un segundo tiempo la reducción de la curva torácica mediante la instrumentación exclusiva de la convexidad del ápex.

## MÉTODO

La paciente es remitida nuestro centro presentando una deformidad T1-T3 de 19°, T4-T10 de 116° y T11-L5 de 119°, clasificada como escoliosis idiopática tipo 3 de Lenke (**Figura 1**). Se decide en consenso tratamiento quirúrgico, previa implantación de halo de tracción craneal durante 1 mes



**Figura 1:** EIA tipo III de Lenke

## RESULTADOS

Se planifica instrumentación T3 – Iliaco. Al comprobar el tornillo pedicular T6 izquierdo se nos avisa de una caída de potenciales completa de la pierna izquierda. Se decide retirar tornillos T6, T7 y T8 y se comprueba el resto de la instrumentación. Se realiza laminectomía izquierda T6-T8 descompresiva, comprobándose latido medular y no apreciándose hemorragia o fuga de LCR. El test del despertar es negativo (**Figura 2**).

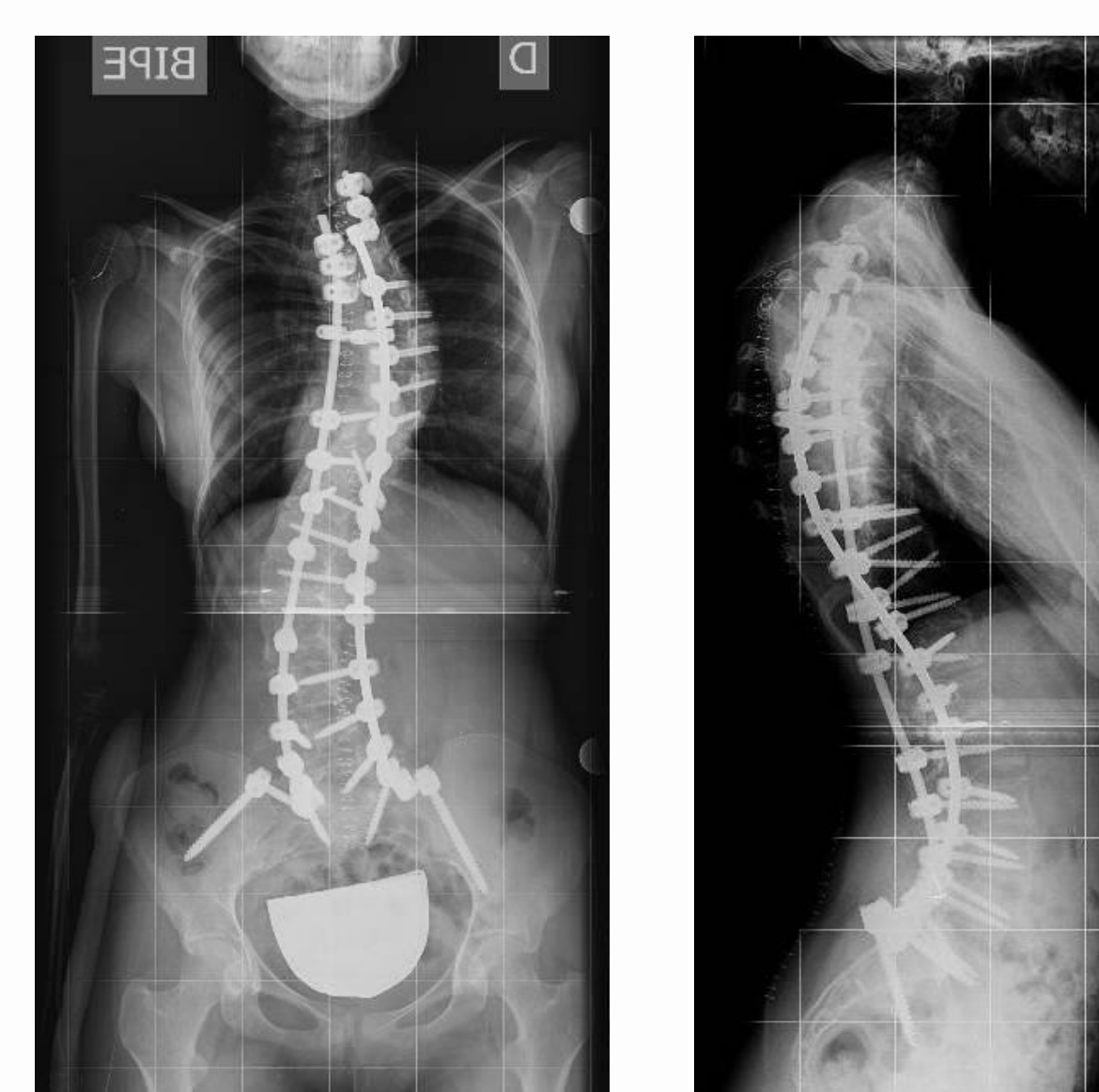


**Figura 2:** Código QR; vídeo test del despertar

Al cierre, la paciente presenta una pérdida de potenciales completos de cuádriceps y tibial anterior izquierdo.

Al despertar, la paciente mantiene la movilización voluntaria de los cuatro miembros, sin déficit sensitivo ni motor en pierna izquierda.

En un segundo tiempo se procede a la colocación de las barras y corrección de la escoliosis mediante la técnica descrita por Tsirikos con instrumentación exclusiva de la convexidad de la curva<sup>3</sup> (**Figura 3**).



**Figura 2:** Control radiográfico postoperatorio. Técnica de Tsirikos sin instrumentar la concavidad de la curva.

## CONCLUSIONES

La corrección quirúrgica de una escoliosis puede conllevar la aparición de complicaciones graves, siendo el riesgo de lesión neurológica en torno al 0,5% debida a la compresión directa o secundaria a una insuficiencia vascular<sup>4</sup>.



1. Sud A, Tsirikos AI. Current concepts and controversies on adolescent idiopathic scoliosis: part I. *Indian J Orthop* 2013;47:117–128.
2. Sud A, Tsirikos AI. Current concepts and controversies on adolescent idiopathic scoliosis: part II. *Indian J Orthop* 2013;47:219–229.
3. Tsirikos AI, Mataliotakis G, Bounakis N. Posterior spinal fusion for adolescent idiopathic scoliosis using a convex pedicle screw technique. *THE BONE & JOINT JOURNAL* VOL. 99-B, No. 8, August 2017
4. Lykissas MG, Jain VV, Nathan ST, et al. Mid- to long-term outcomes in adolescent idiopathic scoliosis after instrumented posterior spinal fusion: a meta-analysis. *Spine (Phila Pa 1976)* 2013;38:E113–E119.