

Artrodese lombar por acesso para-vertebral

Carlos Eduardo Oliveira¹, Jefferson A. Galves¹

RESUMO

Os autores mostram o acesso de Wiltse para cirurgias de revisão, ou para procedimentos de fusão lombar sem necessidade de descompressão, ou em cirurgias minimamente invasivas para a realização da artrodese

Descritores: Artrodese, Coluna Vertebral

SUMMARY

The authors describe the Wiltse Approach for revision surgery and simple lumbar fusion without decompression in minimally invasive spine surgery.

Keywords: Arthodesis; Spine

INTRODUÇÃO

A artrodese da coluna vertebral por acesso posterior foi descrito por Hibbs em 1911. Desde então vem sendo utilizada com sucesso para o tratamento de várias patologias da coluna. Após a divulgação desta técnica, vários autores se preocuparam em desenvolver modificações que tornassem o procedimento menos agressivo às estruturas musculares e ligamentares ao redor da coluna lombar, Em 1988 Wiltse, descreveu a técnica de abordagem paravertebral ou para-espinal (Figuras 1 A e B), na qual a principal indicação, na época, era realizar a artrodese intertransversa sem descompressão e com mínimo dano muscular local. A partir destes trabalhos, a fusão lombar por acesso paravertebral passou a ser realizada nas cirurgias minimamente invasivas (Figura 2).

O objetivo deste artigo é mostrar a aplicação do acesso tipo Wiltse (1988) modificado, em casos de cirurgia de revisão de artrodese lombar.

1. Assistente do Grupo de Cirurgia da Coluna do Serviço de Ortopedia do HSPE.

Endereço para correspondência: Centro de Estudos Ortopédicos – HSPE-SP – Rua Borges Lagoa, 1755 – 1º andar – Vila Clementino – CEP 04038-034 – São Paulo – SP.

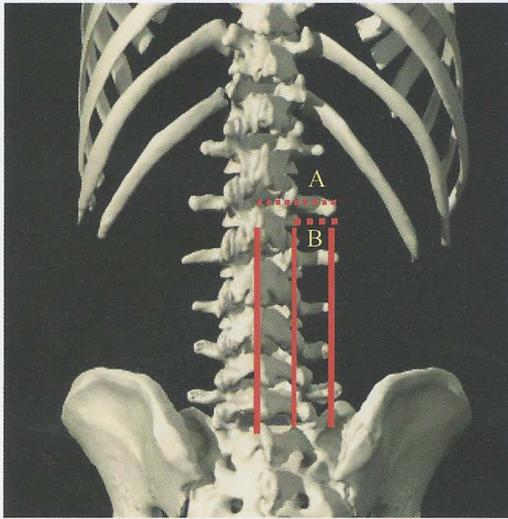


Figura 1 a - A zona A assinalada mostra a fusão póstero-lateral, enquanto a zona B mostra a fusão tipo Wiltse.

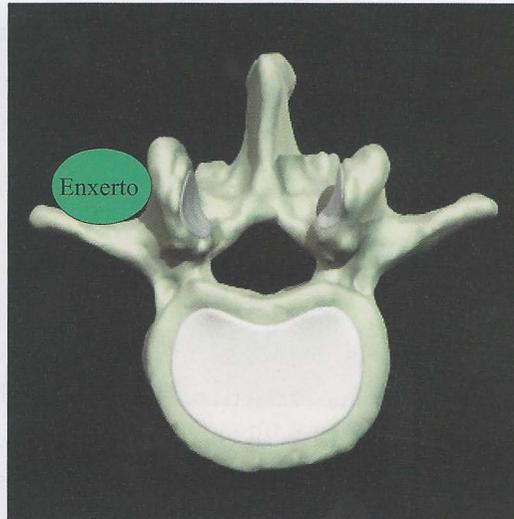


Figura 1 b - Corte axial demonstrando local de colocação de enxerto na técnica de Wiltse.

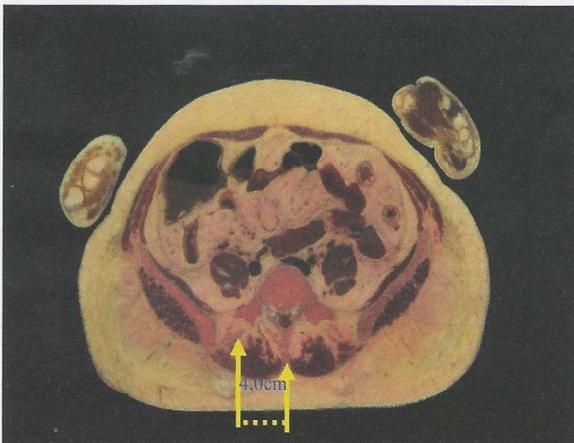


Figura 2 - Acesso anatômico para acesso póstero-lateral.

INDICAÇÕES

A artrodese por via para-vertebral ou intertransversária está indicada nos casos de revisão de pseudoartrose, reposicionamento de implantes, realização de artrodese primária em até dois níveis, e qualquer situação a qual não houver necessidade de descompressão raquideana.

O objetivo deste acesso para realizar artrodese póstero-lateral consiste em diminuir a lesão muscular, neste caso a musculatura paravertebral, e consequentemente reduzir a dor no pós-operatório.

TÉCNICA OPERATÓRIA

Com o paciente em decúbito ventral horizontal em mesa radiotransparente, que permita o controle fluoroscópico para a determinação do nível da incisão.

A incisão da pele deve ser centrada na linha média, a seguir realiza-se a dissecação do tecido subcutâneo e da fascia lombar com movimentos laterais (Figuras 3 e 4). O próximo passo consiste na abertura da aponeurose da musculatura paravertebral em sentido longitudinal e dissecação roma até os processos transversos (Figuras 5 e 6). É aconselhável a partir deste tempo, o uso de afastadores autostáticos para melhor visibilização e decorticação dos processo transversos, onde se pretende colocar o enxerto ósseo. A escarificação do leito de artrodese deve situar-se sob os processos transversos e face lateral das facetas articulares superiores.

De acordo com a necessidade, pode-se através da mesma via de acesso estabilizar a coluna com parafusos pediculares sob visão direta ou controle radioscópico (Figura 7).



Figura 3 - Incisão mediana.



Figura 4 - Abertura da pele e subcutâneo e exposição da fascia lombar.

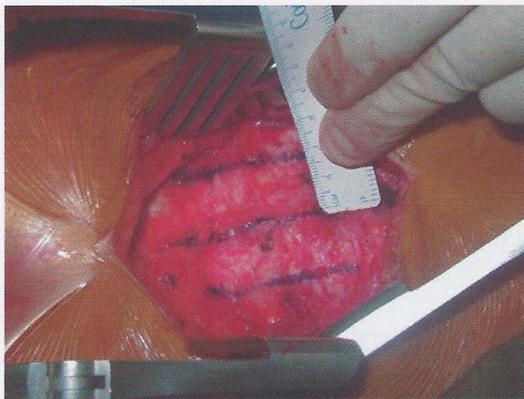


Figura 5 - Incisão paramediana.



Figura 6 a - Abertura da fascia lombar.

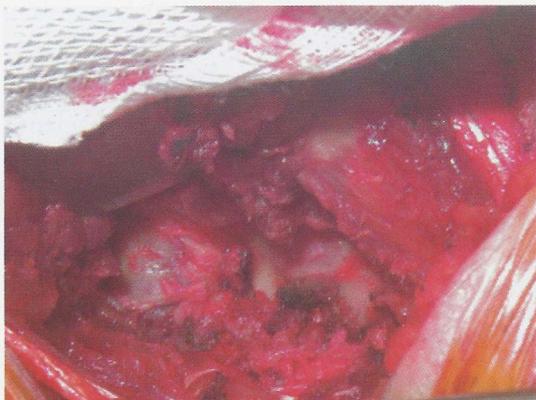


Figura 6 b - Exposição dos processos transversos.

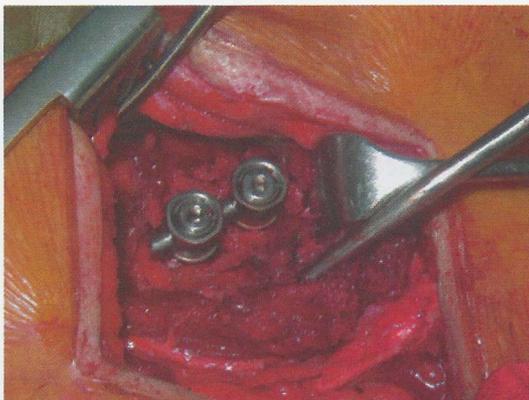


Figura 7 - Colocado enxerto e parafusos pediculares.

Ao final da artrodeose, o fechamento deve ser efetuado de forma que a musculatura cubra todo enxerto, com a sutura aplicada apenas na fáscia lombar (Figura 8). Os drenos de sucção são evitados visando minorar a perda de células relevantes para a fusão óssea (Figura 9 e 10).

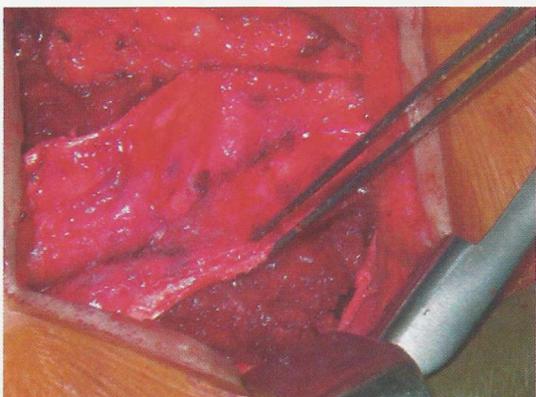


Figura 8 - Plano de fechamento da fascia lombar.

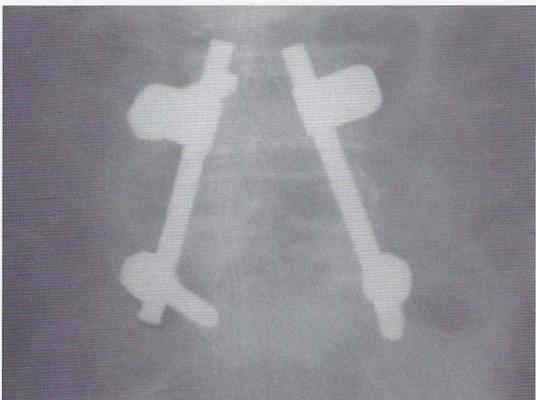


Figura 9 - Pós-operatório imediato.

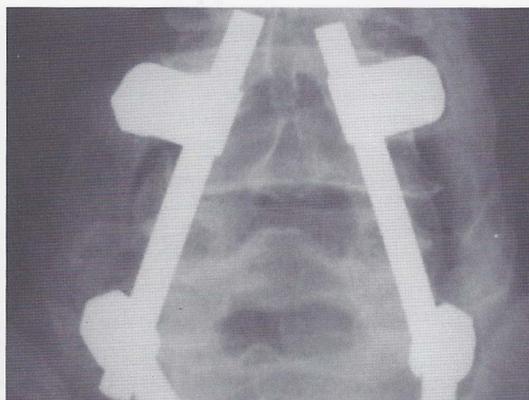


Figura 10 - Fusão após 3 meses.

PÓS-OPERATÓRIO

Recomenda-se o uso de analgesia potente bem como repouso relativo nos primeiros dois dias pós-operatórios. A reabilitação é iniciada tão logo o paciente receba alta hospitalar.

COMPLICAÇÕES

A complicação mais importante, e temida, é a lesão da raiz nervosa que pode ocorrer por dissecação excessiva e inadvertida do espaço intertransverso.

Pode ocorrer a formação de hematomas, uma vez que o dreno de sucção não é utilizado de rotina.

RECOMENDAÇÕES

Deve ser evitado dano excessivo à musculatura local, a fim de evitar maior incidência de hematoma pós-operatório e dor no sítio cirúrgico.

Cuidado ao dissecar o espaço entre os processos transversos, minimizando o risco de lesão neurológica.

Se houver necessidade de descompressão do canal vertebral, esta via deve ser evitada, pois a presença da musculatura dificulta o acesso às estruturas intracanal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Watkins MB. Posterior lateral fusão of the lumbar and lombossacral spine. *J Bone Joint surg (A)*1953; 35: 1014-1019.
2. Wiltse LL, Spencer CW. New uses and refinements of the paraspinal approach to the lumbar spine. *Spine* 1988; 13: 696-706.

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 04038-034 - Vila Clementino
São Paulo - Brasil – Fone/Fax (11) 5573-3087