

ESPONDILOLISTESIS DE LA IV LUMBAR

D. VÁZQUEZ - ROLFI

A propósito de la interesante comunicacion del Dr. Eugenio Prat sobre un caso clínico de espondilolistesis de la quinta vértebra lumbar, presentado en la sesión anterior, he creído útil aportar al seno de esta Sociedad dos observaciones de esta afección que presentan la particularidad de ser ambas, espondilolistesis de la cuarta vértebra lumbar. Es sabido por los que tienen alguna familiaridad con esta afección vertebral, que la inmensa mayoría de los casos descritos y estudiados se refieren al deslizamiento anterior de la quinta vértebra lumbar y solo en raro porcentaje se ven localizaciones más altas de este deslizamiento vertebral. El hecho de haber podido observar dos casos de esta localización poco común me ha inducido a presentarlos a la consideración de los honorables consocios sin entrar en consideraciones etio - patogénicas, ni terapéuticas, cosa que por otra parte ya ha sido hecha brillantemente por el Dr. Eugenio Prat en su comunicación, y por los demás colegas que han emitido su opinión en dicha circunstancia.

● **Observación clínica N° 1.** — El primer caso se trata de un paciente de 52 años de edad que he visto hace tres meses, quejándose de dolores lumbares datando de tres años atrás, dolores que al principio se manifestaron como simple sensación de cansancio y malestar en la parte baja de su columna lumbar. Este malestar fué bien pronto acentuándose y transformándose en sensación dolorosa primero, y dolor violento más tarde, al punto de hacerse intolerable. La particularidad de este dolor es de que aparece durante la marcha, o la estación de pie y se calma con el reposo especialmente con el reposo en el lecho, mientras que el reposo en posición sentada no logra producir la desaparición completa de sus dolores que, como ya he dicho, en estos últimos tiempos son tan violentos que impiden que el paciente pueda desempeñar sus tareas habituales de carpintero. Como antecedente digno de mención, hay un traumatismo a la edad de trece años producido por el pasaje de la rueda de un carro por su región lumbar, traumatismo que en ese entonces no produjo otra cosa visible que contusiones y erosiones de la región traumatizada, que el en-

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la Sesión del 3 de junio de 1936.

fermo localiza insistentemente en la parte baja de su columna lumbar. Poco tiempo después de su accidente el enfermo no acusaba ningún malestar y es sólo cuarenta años más tarde que aparecen las molestias que nos ocupan. Como tratamiento, ha hecho toda clase de medicación anti-reumática y termoterápica, sin ninguna mejoría. Al examen clínico lo primero que llama la atención es su lordosis lumbar muy exagerada, verdadero hueco lumbar, así como el acortamiento de esta región, estando las últimas costillas muy próximas a la cresta iliaca. No hay escoliosis, ni se percibe ninguna depresión anormal en la columna lumbar. La palpación no revela ningún dolor a la presión directa de las apófisis espinosas, pero se nota muy bien que las apófisis de la tercera y cuarta vértebra están más juntas que las otras, o dicho de otra manera, el espacio interespinoso entre tercera y cuarta lumbar es más pequeño que entre las restantes. No hay dolores ciáticos, ni dolores irradiados a los miembros inferiores. El examen clínico general no revela nada anormal.

En la radiografía de frente se observa disminución de la altura de la imagen de la cuarta y quinta lumbar, al punto que la altura de estas dos vértebras juntas es análogo al de la tercera o la segunda vértebras. Sólo se ve de ellas el arco posterior no pudiéndose apreciar nítidamente sus cuerpos. En la placa de perfil se observa nítidamente el deslizamiento anterior de la cuarta vértebra lumbar, que desborda hacia adelante en una extensión de un centímetro, al borde anterior de la quinta vértebra lumbar. El pedículo de la cuarta vértebra presenta una solución de continuidad bien manifiesta, presentando por lo tanto una espondilolisis, concomitancia mórbida frecuente y que hasta ha sido incriminada como causa de la afección que nos ocupa.

Como terapéutica, convencido que los medios protéticos y fisioterápicos son solamente medios paliativos, propuse la fijación de la columna por medio de un injerto óseo, proposición que fué rechazada por el paciente. No entro a considerar por haber sido ya hecho extensamente en la sesión anterior, los métodos terapéuticos que se emplean para esta afección, ni sus ventajas e inconvenientes.

Observación clínica N° 2. — El segundo caso de mi comunicación sólo será presentado radiológicamente, pues no tengo dato clínico ninguno, dado que se trata de una paciente que no ha sido posible rever y cuyas radiografías me han sido cedidas galantemente por el Dr. N. Caubarrère. En la radiografía de frente se ve una escoliosis dorso-lumbar de gran radio sinistro-convexo. La cuarta y quinta vértebra lumbar aparecen como en el caso anterior, disminuídas de altura por el hecho de la proyección anormal de sus cuerpos deslizados, pero es posible ver en este caso la proyección del cuerpo de la cuarta lumbar sobre la imagen de la tercera de la cual ocupa la mitad de su altura. En la placa de perfil se ve el deslizamiento anterior de la cuarta vértebra lumbar, que desborda hacia adelante al borde anterior de la quinta en una extensión de un centímetro y medio. Es posible también aquí apreciar perfectamente la espondilolisis evidente en el pedículo de la vértebra deslizada.

Tal es señores lo que tenía que comunicar.