

ARTRODESE CERVICAL POR VIA ANTERIOR EM QUATRO SEGMENTOS DISCAIS COM O USO DE CAGES DUPLAMENTE ANCORADAS

Marcelo Ferraz de Campos, José Carlos Rodrigues Junior, Luiz Carlos Braga, Sergio Listik
Departamento de Neurocirurgia da Associação Paulista de Medicina – Regional SBC/D

INTRODUÇÃO:

Várias são as causas de complicações nos acessos multissegmentares por via anterior à coluna cervical nos casos de tratamento para hérnias discais com artrodese e instrumentação. Em busca de melhor resultado, utilizamos uma modificação técnica que tem propiciado menor índice de complicações.

MATERIAIS E MÉTODO:

Paciente VMAO, 57 anos, com queixa de severa cervicobraquialgia para ambos os membros superiores, evoluindo a 6 meses com dor incapacitante, parestesias, quadro este, refratário ao tratamento com AINES, antidepressivos, anticonvulsivantes, relaxantes musculares, opióides e procedimentos de reabilitação em equipe multidisciplinar. Ao exame neurológico, observou-se diminuição dos reflexos tendíneos no deltóide e peitoral (C4-C5); biceps e braquioradial (C5-C6), além de déficit motor no deltóide (C4-C5); à flexão do antebraço (C5-C6) relatando parestesias nos territórios citados.

No exame de ressonância magnética da coluna cervical havia compressão discal multissegmentar acometendo os segmentos C3-C4, C4-C5, C5-C6, C6-C7 (Figuras 1 e 2). Devido ao progressivo agravamento do quadro clínico foi proposto e realizado acesso aos quatro segmentos envolvidos utilizando-se para artrodese cage duplamente ancorada sem uso de placa e parafuso.

OBJETIVOS:

Diminuir intercorrências tais como coleções nos planos cirúrgicos; disfagia; disfonia; além de complicações nas estruturas adjacentes inerentes ao acesso multissegmentar, reduzindo o tempo de internação hospitalar e de convalescência.

CONCLUSÃO:

A técnica de acesso multissegmentar à coluna cervical com uso de cage cervicais de dupla âncora (Figuras 3, 4, 5, 6 e 7) sem usar placa e parafuso em quatro segmentos discais mostrou eficaz e com menos complicações das com uso de extensas placas e suas fixações que exigem maior acesso.



REFERÊNCIA:

1. Bazaz R, et al., Spine 27: 2453–2458, 2002 | 2. Smith-Hammond CA, et al., Spine 29:1441–1446, 2004 | 3. Riley et al., SPINE 30:2564–2569, 2005 | 4. Lee, M, et al., CSRS 32nd annual meeting. Edited, Boston, MA, 2004 | 5. Mendoza-Lattes S, et al., J Bone Joint Surg Am 90:256–263, 2008